



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

Всероссийская междисциплинарная
научно-практическая конференция
молодых учёных и студентов

ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ XXI ВЕКА:

ПЕРВЫЕ ШАГИ В НАУКУ И ПРАКТИКУ



Кемерово, 2024

УДК [159.9+616.89](082)

ББК 88+56.14я43

П 863

Редакционная коллегия выпуска:

д.м.н., профессор А. М. Селедцов, к.психол.н., доцент Е.В. Янко, к.ист.н., доцент Г. В. Акименко, к.м.н, Ю. Ю. Кирина, к.филол.н. доцент Л.В. Гукина, к.м.н. И.Ф. Федосеева, А. С. Яковлев

Психология, психиатрия, наркология XXI века: первые шаги в науку и практику. Сборник материалов Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции молодых ученых и студентов (Кемерово, 28 ноября 2024 г.) / Г. В. Акименко, А. М. Селедцов, А. С. Яковлев; отв. ред. Г.В. Акименко. – Кемерово: КемГМУ, 2024. – 768 с.

В сборнике представлены секционные доклады участников Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Психология, психиатрия, наркология XXI века: первые шаги в науку и практику», которая состоялась 28 ноября 2024 года на базе Кемеровского государственного медицинского университета.

В сборник научных трудов вошли доклады молодых ученых, клинических ординаторов, аспирантов, студентов по актуальным проблемам психиатрии, наркологии, общей и клинической психологии.

Материалы будут полезны студентам, научным работникам, врачам всех специальностей, организаторам здравоохранения.

Материалы публикуются в авторской редакции.

ISBN: 978-5-8151-0341-2

В макете обложки использована работа Сюзанны Сайнс из открытого источника. – URL: <https://zen.yandex.ru/media/id/5a99a42d55876b8ea6dbc742/kak-poniat-razvivaetsia-li-vasha-jizn-ili-uviazla-v-bolote-citaty-zigmunda-freida-60e2fc697601597c33c9d1d2> (URL 1.10.2024)

СОДЕРЖАНИЕ

Абашина К. А., Исайкина Л. И. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АГРЕССИВНОСТИ И КОНФЛИКТНОСТИ В ПОВЕДЕНИИ ЧЕЛОВЕКА ПО РИСУНОЧНЫМ ТЕСТАМ	14
Аешина А. К. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ КОНФЛИКТОВ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ	25
Алешко Ю. А., Каган В. В. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ О РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (РПП)	31
Альтмайер Л. Е. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПРИЧИНЫ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР	38
Андрюшина Е. А., Колосова Е. В. ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ ПЛАВАНИЕМ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ	43
Андрюшина Е. А., Колосова Е. В. ПРИЗНАКИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У СТУДЕНТОВ	51
Бакина А. А. СОЦИОКУЛЬТУРНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПРОБЛЕМЫ НАРКОМАНИИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ	58
Бабура Е. В. ИЗУЧЕНИЕ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ	73

Белов Д. А., Ооржак С. О., Помыткина Т. Е. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ВОЕННЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ	82
Березка Р. Г. АРТ-ТЕРАПИЯ, КАК ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ	88
Буданова А. А. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ	94
Буркова Д. Д., Долгих Е. А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СФЕРЕ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	102
Воробьева К. К. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ	122
Гилязова С. В. ПСИХОЛОГИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ И КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ. НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР	132
Голушко И. Д. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ И ИНТЕРНЕТ- ЗАВИСИМОСТИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЁЖИ	141
Гудименко С., Видрич А. А., Кирилко С. П., Головня С. В. ПРОБЛЕМА ИЗУЧЕНИЯ УСТАНОВКИ В ПСИХОЛОГИИ	150

Гутова С. А. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ МЕДИА НА ИЗМЕНЕНИЕ ЖИЗНЕННЫХ ПРИОРИТЕТОВ ЧЕЛОВЕКА В ПЕРИОД КРИЗИСА СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	157
Гушанский С. И. РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ	166
Гюлюмов С. С. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ В ОТДЕЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ АКТАХ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	177
Дадахуджаев З. А. ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ШИЗОФРЕНИИ	185
Дервянко П. Н., Шолудченко И. Е. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, СВЯЗАННОГО С БОЕВЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ	189
Дервянко Е. Я. ИЗУЧЕНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ ГОТОВНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ	195
Джумакова А. Б., Енсебаева И.З., Буланова А.М., Еркинова Ж.Е. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АРТ-ТЕРАПИИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ НАКЛОННОСТЯХ И ПРЕОДОЛЕНИИ НЕГАТИВНЫХ ЭМОЦИЙ У СТУДЕНТОВ НАО «МУС»	206

Джумакова А. Б., Енсебаева И.З., Бияхметова А.Е., Еркинова Ж. Е.	213
РОЛЬ АРТ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР	
Дигмелашвили Н. В., Никитина Е. Е.	221
НЕЙРОСЕТИ: ТЕХНОЛОГИИ БУДУЩЕГО ИЛИ СУЩЕСТВУЮЩАЯ РЕАЛЬНОСТЬ. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР	
Долгих Е. А.	229
РАЗВИТИЕ ДЕМЕНЦИИ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	
Зайцева Е. В., Жукова Н. В.	237
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ	
Иконников С. П.	244
ВЛИЯНИЕ НЕЙРОЛЕПТИКОВ НА ОБМЕН ВЕЩЕСТВ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
Ирмухамедов Т. Б.	251
РАС И НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ	
Кильдюшов И. А.	260
ПОТЕНЦИАЛ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ИНФОРМАЦИИ, РАСПРОСТРАНЯЕМОЙ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ: В АСПЕКТЕ ФЕЙК-НОВОСТЕЙ	
Киреев Д. О.	268
РАЗВИТИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ У ДЕТЕЙ / ПОДРОСТКОВ СВЯЗАННЫЕ С СУБКУЛЬТУРОЙ «КВАДРОБИКА»	

Кирпиченко В. В., Кирпиченко В. В.	274
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ БЛИЗНЕЦОВ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ: ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	
Ковалева Д. В.	284
ПРОГРАММА «ОБУЧЕНИЕ СЛУЖЕНИЕМ» КАК НОВЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ В ПРИЗМЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ	
Комарчук А. С., Иванов В. В.	298
ВЛИЯНИЕ СИМПТОМОВ ОБСЕССИВНО - КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА НА ПОВСЕДНЕВНУЮ ЖИЗНЬ СТУДЕНТОВ	
Конради А. А.	304
ГЕНДЕРНЫЕ ПОДХОДЫ В ЗАРУБЕЖНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТЕОРИЯХ И ИССЛЕДОВАНИЯХ	
Кормина К. С.	318
КУКЛОТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ ВИДОВ АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ	
Коробов Т. А.	312
ЛИЧНОСТЬ ПРЕСТУПНИКА В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОМ КОНТЕКСТЕ	
Кравченко А. С.	330
ВЛИЯНИЕ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ К ЛЕЧЕНИЮ	
Курмаш Н. О.	336
ЭКО-АРТ-ТЕРАПИЯ КАК ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В АРТ-ТЕРАПИИ	

Лищенко Д. Д., Ощепкова П. А. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОБИОТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ	347
Лобанова Е. И. АРТ-ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД СОЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	363
Лукашов В. В., Горбачев М. Д. СИНДРОМ КАПГРА КАК ПОЛИЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ	369
Мальцева С. И. Павлова Д. Ю. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ НА РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ И СПОСОБНОСТИ К ЭМПАТИИ У ПОДРОСТКОВ	379
Мамедова Л. Э., Мамедов Ф. Э. ОТНОШЕНИЕ К ЗОЖ ПЕРВОКУРСНИКОВ И ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	389
Манахова Ю. И. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПАНДЕМИЕЙ COVID-19. ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ	394
Манюшина В. М. ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ НЕГАТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА У ПАЦИЕНТОВ РАЗНОГО ПОЛА НА РАННИХ ЭТАПАХ ШИЗОФРЕНИИ	404
Мартыненко М. А. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ	409

Монгуш А. М., Шактар-оол К. Н. ПРОБЛЕМА ТРЕВОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ	419
Мусаева М. Х. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ	425
Наумова В. В., Афанасьева Ю. Н., Прокопенко Е.В., Рылина А. И. ЛИЧНОСТНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	430
Павлова Д. Ю., Мальцева С. И. ВЛИЯНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР НА УРОВЕНЬ СТРЕССА И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ	438
Палагичева Ю. А. ВЛИЯНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИФРОВЫХ УСТРОЙСТВ НА КОГНИТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	451
Парфенчук Д. Д. ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	458
Петров Е. Д., Пазенко Д. А. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И УСПЕШНОСТИ СТРАТЕГИИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В СИТУАЦИИ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ НА ПРИМЕРЕ БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	466

Полтаева А. С., Давыдов А. М. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАСТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ БАРБИТУРАТОВ И БЕНЗОДИАЗЕПИНОВ	474
Помыткина Т. Е., Герасимова И. Д. ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ: ХАРАКТЕР КАК ОСНОВА ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ	485
Пономаренко Ю. А. ПРОБЛЕМА ВЛИЯНИЯ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ ЛИЧНОСТИ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ	492
Прокопенко Е. В., Афанасьева Ю. Н., Наумова В. В. ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	503
Прокошкина Д. С. ПСИХОЛОГО-ЮРИДИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПРЕСТУПНИКА	511
Рафикова З. Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	518
Савицкая Ю. А. Ховалыг Ш.Ш. УЛЫБКА: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КУЛЬТУРЫ	526
Сайибназаров А. Б. СОВЕТСКИЕ ПСИХОЛОГИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	532

Самойлов Р. Н. ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ У ЛЮДЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	537
Саргсян З. Г. Яхонтова М. В. СОЦИАЛЬНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ ПОВЕДЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ И ИХ РОЛЬ В РЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ	546
Сафоненко Г. Е. SLOW MOVEMENT – ОБЩЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ, КУЛЬТУРА ЗАМЕДЛЕНИЯ РИТМА ЖИЗНИ	556
Семёнова С. В., Епанчинцева А.В. ЗНАЧЕНИЕ МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ БЛАГОПРИЯТНОЙ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ	565
Скрипчук В. С., Зайцева Е. В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	575
Соловей К. К., Панцевич П. А. АРТ-ТЕРАПИЯ КАК ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	582
Стадник П. А. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДИКТОРОВ ШКОЛЬНОГО БУЛЛИНГА	593
Сымоник Н. В., Головня С. В. ДИНАМИКА ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЖЕНЩИНЕ В РАМКАХ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПСИХОЛОГИИ	603

Толкач А. С. ВЗАИМОСВЯЗЬ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ	612
Усова Е. М. ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ III И IV КУРСОВ ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	620
Федосеев И. А. КРАТКИЙ ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В МЕНТАЛЬНОМ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ОБЩЕСТВА	628
Филиппова Л. М. ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ И ТЯЖЕСТЬ ИХ ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ	635
Фролкова У. Д. ТЕРАПИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА: ВОЗМОЖНОСТИ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР	642
Холзенева Е. Я. ФЕНОМЕН ТРЕВОГИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ	668
Хорошилова Д. В. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	676
Худякова М. Д. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	685

Шабанова Л. О. ПРОБЛЕМА ВЛИЯНИЯ СТЕРЕОТИПОВ И ПРЕДУБЕЖДЕНИЙ НА ВЫБОР ПАРТНЕРА В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	697
Шилкина Е. С., Сергеева Я. Н. ЗАДЕРЖКА ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ БОЛЕЗНЯХ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ	706
Шкулдыцкая Е. Д., Головня С. В. ОСОБЕННОСТИ ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ОТНОГЕНЕЗА	714
Шмаков Е. И. ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ	722
Юдин С. А. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ НА САМООРГАНИЗАЦИЮ, С ЦЕЛЬЮ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОКРАСТИНАЦИИ	729
Яковлев А. С., Яковлева А. А. ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ШИЗОФРЕНИЯ»	740
Яковлева Е. Ю. НАУЧНЫЙ ВКЛАД Л. С. ВЫГОТСКОГО В ОТЕЧЕСТВЕННУЮ ПСИХОЛОГИЮ	747
Сведения об авторах	757



ОПРЕДЕЛЕНИЕ АГРЕССИВНОСТИ И КОНФЛИКТНОСТИ В ПОВЕДЕНИИ ЧЕЛОВЕКА ПО РИСУНОЧНЫМ ТЕСТАМ

Абашина К. А., Исайкина Л. И.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к. психол. н., доцент Е. В. Валиуллина

Аннотация. Статья посвящена исследованию определения агрессивности и конфликтности в поведении человека с помощью рисуночных тестов. В работе обосновано, что рисуночные методы являются эффективными инструментами для выявления скрытых аспектов личности, включая агрессивные наклонности. В статье проанализированы различные подходы к интерпретации рисунков, рассматриваются теоретические основы и психометрические характеристики рисуночных тестов, а также их практическое применение в клинической и образовательной психологии.

Ключевые слова: агрессивность, конфликтность, поведение человека, рисуночные тесты, психология, диагностика, символика, эмоциональные реакции, бессознательные состояния.

DETERMINING AGGRESSION AND CONFLICT IN HUMAN BEHAVIOR USING DRAWING TESTS

Abashina K. A., Isaykina L. I.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – PhD in History, Associate Professor E. V. Valiullina

Abstract. The article is devoted to the study of limiting aggression in human behavior using drawing tests. The work substantiates that drawing methods are effective tools for revealing hidden aspects of personality, including aggressive



tendencies. The article analyzes various approaches to drawings, considers the theoretical foundations and psychometric characteristics of drawing tests, as well as their practical application in clinical and educational psychology.

Keywords: Aggression, conflict, human behavior, drawing tests, psychology, diagnostics, symbolism, emotional reactions, unconscious states.

Введение

Агрессивность и конфликтность являются одним из наиболее актуальных и серьезных вопросов в психологии, социальной науке и общественной жизни. Эти явления затрагивают множество аспектов человеческого существования, включая межличностные отношения, семейные узы, профессиональную среду и общественные взаимодействия.

Агрессивность – свойство личности, заключающееся в готовности и предпочтении использования насильственных средств для реализации своих целей.

Агрессивные проявления могут являться:

1. средством достижения определенной цели,
2. способом психологической разрядки, замещения блокированной потребности,
3. самоцелью,
4. способом удовлетворения потребности в самореализации и самоутверждении [3].

Конфликтность – свойство личности, которое отражает частоту ее вступления в межличностные конфликты. Различные деформации личности, патология психики, стереотипность отношений, поведения, психологический дискомфорт, неадекватность восприятия и понимания другого человека, мотивов его поведения, ситуации и другие психологические особенности личности,



препятствующие адекватному восприятию и пониманию других людей, их взаимоотношений и общей ситуации жизнедеятельности человека могут быть причинами возникновения конфликтов. Конфликтность личности определяется действием таких психологических факторов, как особенность темперамента, уровень агрессивности, компетентность в общении, эмоциональное состояние. А также рядом социальных факторов – условиями жизни и деятельности, среды и социального окружения, общего уровня культуры [1].

Агрессивность и конфликтность являются многоаспектным феноменом, который в последние десятилетия привлекает внимание психологов, социальных исследователей и педагогов. Понимание и диагностика агрессивного поведения имеют большое значение для разработки эффективных методов коррекции и профилактики, как в клинической практике, так и в образовательном процессе. Традиционно агрессивность рассматривается через призму различных факторов: социальных, культурных, биологических и личностных. Однако важным аспектом остается потребность в объективных и надежных методах оценки этого поведения.

Агрессивность можно рассматривать как склонность человека к преднамеренному причинению вреда другим, как физического, так и психологического характера. Она может проявляться через различные формы поведения, такие как физическая агрессия, вербальные конфликты, пассивная агрессия и другие. Причины агрессивности могут быть многообразными: от внутренних факторов, таких как личные особенности и эмоции, до внешних факторов, таких как социальное окружение и культурные нормы [7].

Конфликтность представляет собой состояние, при котором индивидуумы или группы имеют несовместимые интересы, цели или ценности, что приводит к столкновениям и напряженности. Конфликты могут возникать как на межличностном уровне, так и в рамках сообществ или между государствами.



Конфликтность может иметь как негативные, так и позитивные последствия. Например, разрешение конфликтов может способствовать росту и развитию, однако в то же время она может приводить к насилию и разрушениям [6].

Агрессивность и конфликтность могут в значительной степени влиять на психическое здоровье человека, его благополучие и качество жизни. Хронические конфликты и агрессивные взаимодействия могут вызывать стресс, тревожность, депрессию и другие психические расстройства. В свою очередь, индивидуальные особенности, такие как уровень эмоционального интеллекта, способы регулирования эмоций и социальные навыки, играют важную роль в том, как человек реагирует на конфликты.

На уровне общества, распространенность агрессии и конфликтности может вести к росту преступности, насилию и разобщенности. Социальные исследования показывают, что существуют культурные и структурные факторы, способствующие агрессивному поведению, такие как социальное неравенство, отсутствие доступа к ресурсам и культурные нормы, оправдывающие насилие.

Проблема агрессивности и конфликтности требует комплексного подхода к профилактике и вмешательству. Программы, нацеленные на развитие навыков межличностного общения, управление эмоциями и конфликтами, могут способствовать снижению уровня агрессивного поведения. Ключевым моментом является создание среды, поддерживающей конструктивные взаимодействия и эмоциональное благополучие [2].

Таким образом, агрессивность и конфликтность представляют собой сложные, многоуровневые явления, требующие внимательного изучения и системного подхода для их понимания и управления в интересах улучшения качества жизни индивидов и общества в целом.

В данном контексте рисуночные тесты представляют собой уникальный инструмент, позволяющий исследовать внутренние состояния и характер



выражения агрессии у человека. Через рисунок индивид может выразить свои бессознательные мысли и чувства, что делает этот метод особенно ценным для понимания сложных психологических процессов, которые могут не проявляться в вербальной или поведенческой форме. Исследования показывают, что изображения способны отражать агрессивные наклонности не только у детей, но и у взрослых, выявляя скрытые механизмы, которые могут влиять на поведение [8].

Применение рисуночных тестов для выявления личностных особенностей человека основано на принципе проекции, т.е. на вынесении вовне своих переживаний, представлений, стремлений и т.п. Рисуя тот или иной объект, человек невольно, а иногда и сознательно передает свое отношение к нему. Вряд ли он забудет нарисовать то, что кажется ему наиболее важным и значимым; а вот тому, что он считает второстепенным, будет уделено гораздо меньше внимания. Если какая-то тема его особенно волнует, то при ее изображении проявятся признаки тревоги. Рисунок – это всегда какое-то сообщение, зашифрованное в образах. Задача психолога состоит в том, чтобы расшифровать его, понять, что говорит ему обследуемый.

Для диагностического использования рисунков очень важно, что они отражают, в первую очередь, не сознательные установки человека, а его бессознательные импульсы и переживания. Именно поэтому рисуночные тесты так трудно «подделать», представив в них себя не таким, какой ты есть в действительности. Как и прочие проективные тесты, рисуночные методики очень информативны, т. е. позволяют выявить множество психологических особенностей человека. При этом они просты в проведении, занимают немного времени и не требуют никаких специальных материалов, кроме карандаша и бумаги. Дополнительным достоинством рисуночных методов является их



естественность, близость к обычным видам человеческой деятельности. Тот или иной опыт рисования есть практически у каждого человека.

Цель исследования: анализ возможностей и методов определения агрессивности и конфликтности в поведении человека с помощью рисуночных тестов.

Объект исследования: агрессивность и конфликтность в поведении человека, проявляющаяся в ответах на рисуночные тесты.

Материалы и методы: анализ источников и исследование на агрессивность и конфликтность рисуночными тестами «Кактус» и «Человек срывает яблоко» студентов КемГМУ.

Результаты и их обсуждение

Определять агрессивность и конфликтность по двум рисуночным тестам: графическая техника «Кактус» и рисуночный тест «Человек срывает яблоко».

Графическая техника «Кактус» предназначена для работы с детьми старше трех лет. С ее помощью можно увидеть состояние эмоциональной сферы человека, отметить наличие конфликтности и агрессивности, ее направленность, интенсивность. Суть заключается в том, что человек должен изобразить кактус простым карандашом, а затем по желанию раскрасить его.

Интерпретация:

Если человек изобразил простой, минималистичный кактус, это может говорить о прямолинейности и простоте его мышления. Сложные детали могут указывать на богатый внутренний мир и проницательность.

Расположенный в центре листа крупный рисунок характеризует человека как стремящегося к лидерству.

Маленький рисунок, расположенный внизу листа, – показатель неуверенности в себе и зависимости от окружающих.



Наличие выступающих отростков в кактусе говорит об открытости характера человека.

Разные пропорции кактуса могут отражать восприятие себя и своей жизни. Например, очень большой кактус может говорить о высоком уровне амбиций или потребности в самоутверждении.

Если человек рисует отрывистыми линиями с сильным нажимом карандаша – он довольно-таки импульсивен по характеру.

Сильно торчащие, длинные, близко расположенные друг от друга иголки говорят об агрессивности.

Использование ярких, насыщенных цветов может свидетельствовать о позитивном восприятии жизни и активной эмоциональной жизни, в то время как тёмные или тусклые цвета могут указывать на подавленность или негативные эмоции.

Наличие других объектов на рисунке (например, цветы, солнце, животные) может говорить о социальных связях человека и его стремлениях. Если кактус изображён в пустынной местности, это может говорить о чувстве одиночества.

Чем больше деталей, тем более аналитично и критически человек может подходить к своим проблемам и ситуациям. Часто незамеченные мелочи указывают на уязвимость и беспокойство.

Общее настроение рисунка: счастье, грусть, подавленность или, возможно, агрессия – всё это может указывать на эмоциональное состояние человека. Например, если кактус изображён с шипами, это может отражать внутренние барьеры или защитные механизмы [4].

На определение агрессивности стоит обращать внимание на интерпретации агрессивности в контексте этого теста:

Много шипов: указывает на наличие сильных защитных механизмов и агрессивные импульсы. Такой человек может быть осведомлён о своей



уязвимости и использует шипы как защиту от эмоциональной боли, что может означать повышенную агрессивность в отношениях с окружающими.

Немного или отсутствие шипов: может говорить о менее выраженной агрессивности и большей открытости. Человек более готов к взаимодействию и менее склонен к защите через агрессию.

Большой и массивный кактус: может символизировать доминирование и мощные защитные инструменты, что может быть проявлением агрессивного поведения и стремления к контролю.

Маленький кактус: указывает на более уязвимую позицию, но если он изображен с шипами, это может говорить о скрытой агрессии или внутреннем конфликте.

Если рисунок кактуса включает выраженные эмоции, такие как недовольство или злость, это может сигнализировать о внутреннем гнев человека, который не может быть выражен открыто. Это может указывать на подавленные агрессивные чувства.

Пустынный и суровый фон: это может указывать на самодостаточность, но также на ощущение изоляции и агрессии, направленной вовне (на окружающий мир).

Открытое и солнечное окружение: может говорить о лучшем понимании своей агрессивности и способности к позитивному взаимодействию с окружающими [9].

Рисуночный тест «Человек срывает яблоко» представляет собой проективный метод, который используется в психологии для оценки личностных черт, агрессии и конфликтности у человека. Этот тест, как и многие другие проективные методики, базируется на том, что люди интерпретируют визуальные стимулы в соответствии со своими внутренними установками, эмоциями и психологическими чертами.



Инструкция: Испытуемому предлагается нарисовать человека, который срывает яблоко с дерева. Ему не объясняется, что именно будет оцениваться, что позволяет избежать осознанной подстройки ответа.

Анализ рисунка: после завершения работы проводится анализ рисунка. Важными аспектами являются:

Позы и выражение лица фигуры: являются ли они агрессивными или мирными?

Эмоции, переданные через детали (например, гримасы, поза рук).

Освещенность, цветовая палитра: яркие и теплые цвета могут указывать на позитив или радость, холодные и темные – на негативные эмоции.

Взаимодействие с деревом и яблоком: агрессивный подход (например, дерзкое срывание) может указывать на конфликты или напряженные эмоции, тогда как деликатное (осторожное) срывание может свидетельствовать о более спокойном характере [5].

Агрессия: если фигура выглядит настойчиво, возможно, с явной демонстрацией силы или злости, это может указывать на агрессивные наклонности или высокий уровень конфликтности.

Конфликт: зафиксированные на рисунке элементы, такие как направленный жест в сторону яблока или открытое противостояние с деревом, могут указывать на внутренний конфликт или проблемы в межличностных отношениях.

Конструктивное поведение: если рисунок показывает аккуратное, бережное обращение с яблоком, это может говорить о стремлении к гармонии и конструктивному взаимодействию с окружающей средой [6].

В исследовании участвовало 41 человек – студентов 2 курса КемГМУ. По результатам тестирования «Кактус» было выявлено 44% людей, склонных к агрессии и конфликту, а по результатам «Человек срывает яблоко» – 19,5%.



Заключение

Определение агрессивности и конфликтности в поведении человека через рисуночные тесты представляет собой уникальный и информативный подход к психодиагностике. Эти тесты позволяют визуализировать внутренние конфликты, эмоции и установки, которые иногда остаются скрытыми в словесном формате. Актуальность такого метода возрастает в свете современного общества, где ненасилие и конструктивное разрешение конфликтов становятся все более важными.

Рисунки, создаваемые испытуемыми, могут многое рассказать о их эмоциональном состоянии и отношениях с окружающими. Они предоставляют ценные данные для психологов и специалистов в области психического здоровья, позволяя глубже понять природу проявления агрессивных импульсов и конфликтных ситуаций.

Обнаруженные паттерны в рисунках могут сигнализировать о высоком уровне стресса, психологической напряженности или неразрешенных внутренних конфликтов, что в свою очередь позволяет разработать более целенаправленные методы терапии и поддержки.

Таким образом, рисуночные тесты служат важным инструментом для выявления агрессивности и конфликтности в поведении человека, способствуя более глубокому пониманию его психологии и предложению эффективных стратегий помощи. В дальнейшем исследования в этой области могут углубить наши знания о взаимосвязи между искусством, самовыражением и психическим состоянием, открывая новые горизонты для клинической практики и научного анализа.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Азарова Т. А. Психология агрессии. Москва: Издательство Российского университета дружбы народов, 2008.



2. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. М.: Педагогика, 2002.
3. Бранденбург М. И. (2010). Эмоции и агрессия: Психологические аспекты. Санкт-Петербург: Питер.
4. Диагностика личностной агрессивности и конфликтности (Е. П. Ильин, П. А. Ковалев) // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – Издание 2-е дополненное и переработанное. Москва: Институт психотерапии и клинической психологии, 2018. С. 277-280.
5. Доннелли П. (2015). Психометрия: Рисуночные тесты в оценке личности. Место и роль в современной психодиагностике. Журнал практической психологии. 2(3). С. 45-54.
6. Ермакова Е. С. Связь креативности, макиавеллизма, агрессивности и конфликтности студентов вуза / Е. С. Ермакова // Психология способностей и одаренности: Сборник статей II Всероссийской научно-практической конференции, Ярославль, 24-25 ноября 2022 года. Ярославль: Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, 2022. С. 337-340.
7. Психическое здоровье человека в современном обществе. Междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения // Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022.
8. Романова Е. С., Потемкина О. Ф. Графические методы в психологической диагностике. М.: Дидакт, 1992.
9. Шванцара Й. [и др.]. Диагностика психического развития. Прага: Авиценум, 1978.



**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ
МЕЖЛИЧНОСТНЫХ КОНФЛИКТОВ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ**

Аешина А. К.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к. ист. н., доцент Г. В. Акименко

Аннотация. Межличностные конфликты представляют собой неотъемлемый аспект коммуникации в студенческой среде. Конфликты, возникающие в студенческих коллективах, обладают рядом специфических черт. В данной статье рассматриваются психологические предпосылки возникновения конфликтов в межличностном общении студентов, а также психолого-педагогические условия, способствующие предупреждению таких конфликтов в студенческой среде, и возможности их реализации в образовательном пространстве вуза.

Ключевые слова: конфликт, студент, причины конфликта, решение конфликтной ситуации, преподаватели при решении конфликта

**INTERPERSONAL CONFLICTS IN STUDENT ENVIRONMENT
AND CONDITIONS FOR OVERCOMING THEM**

Aeshina A. K.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific Supervisor - G. V. Akimenko

Abstract. Interpersonal conflicts are an integral aspect of communication in the student environment. Conflicts arising in student groups have a number of specific features. This article examines the psychological prerequisites for the emergence of conflicts in interpersonal communication of students, as well as psychological and pedagogical conditions that contribute to the prevention of such conflicts in the student



environment, and the possibilities of their implementation in the educational space of the university.

Keywords: conflict, student, causes of conflict, solution of conflict situation, faculty members in resolving conflict.

Введение

Межличностные конфликты сопровождают человека на протяжении всей его жизни, в том числе в период обучения в вузе. Особенности социальных отношений оказывают существенное влияние на динамику этих конфликтов.

Конфликты в студенческой среде - частое явление. К этой категории конфликтного взаимодействия относятся конфликты между студентами и между студентами и преподавателями. Наибольший интерес представляют конфликты в студенческой группе, поскольку именно в процессе групповой динамики возникают различные противоречия, связанные с самоутверждением студентов в группе и развитием межличностных отношений.

Уровень сплочённости участников студенческой группы определяет социально-психологический климат коллектива и степень психологической безопасности его участников, влияет на эффективность учебной деятельности и частоту возникновения конфликтов. Выраженные межличностные противоречия, часто приводящие к конфликтам в студенческой группе, снижают успеваемость участников и негативно сказываются на профессиональном и личностном росте студентов. В связи с этим особую актуальность приобретают вопросы профилактики межличностных конфликтов в студенческой среде.

Несмотря на высокую актуальность исследования психолого-педагогических условий предупреждения межличностных конфликтов в студенческой среде, эта проблема изучена недостаточно.



Актуальность данной проблемы обусловлена важностью создания благоприятной образовательной среды, которая способствует эффективному обучению и развитию личности студента. Конфликты могут привести к негативным последствиям, таким как стресс, тревога, снижение мотивации и даже отчисление из учебного заведения. Поэтому важно изучить причины возникновения конфликтов и разработать стратегии для их предотвращения и разрешения.

В процессе обучения студенты сталкиваются с различными ситуациями, которые могут вызывать конфликты. Это может быть связано с различиями в культурных и социальных нормах, личными предпочтениями и интересами, а также с особенностями учебного процесса. Важно понимать, что конфликты не всегда являются негативным явлением. В некоторых случаях они могут способствовать развитию навыков коммуникации, критического мышления и решения проблем. Однако, если конфликты не разрешаются конструктивно, они могут стать источником стресса и напряжения.

Целью данной работы является изучение основных причин конфликтов среди студентов медицинского университета.

Результаты и обсуждение

Хотя межличностный конфликт определяется как несоответствие между людьми, в настоящее время в литературе нет общепринятого определения [1, 2, 3]. Однако мы можем определить межличностный конфликт как «явление, вызванное негативными эмоциональными реакциями на чувство друг друга с восприятием вмешательств и состоящее из ситуаций конфликта экологических (взаимозависимость), когнитивных (спор), поведенческих (блокирование) и эмоциональных (отрицательные эмоции) элементов».

Межличностный конфликт может быть вызван различными причинами.



В процессе подготовки будущих специалистов основным видом деятельности, занимающим значительную часть времени, является, безусловно, учёба. Она представляет собой взаимодействие между студентом и преподавателем, и от того, как студент относится к этому процессу, во многом зависит его эффективность.

Обучающиеся могут выступать в роли объекта педагогического воздействия, если он пассивен в процессе обучения. Однако он также может быть активным участником процесса, осваивая новые знания, умения и навыки. В этом случае студент становится субъектом учёбы, что характеризуется стремлением к самостоятельности и самореализации.

Студенты могут иметь разные ценности и убеждения, которые могут привести к конфликтам. Например, конфликты могут возникать из-за религиозных, политических или культурных различий.

Наиболее часто в студенческой среде возникают межличностные конфликты по типу «студент-студент», «студент-группа» [3]. В качестве основных психологических предпосылок межличностных конфликтов между студентами выступает стремление к самоутверждению, обостренное чувство собственного достоинства, максимализм, категоричность в оценке событий, своего поведения, а также некоторые черты личности и темперамента.

Сравнительный анализ результатов эмпирического исследования в группах студентов первого и четвёртого курсов лечебного факультета позволил выявить ряд закономерностей в восприятии группы и межгрупповых отношениях.

Для студентов первого курса характерен индивидуалистический тип восприятия группы, что обусловлено началом формирования коллектива и стремлением отстаивать собственные интересы в противовес групповым ценностям. Это может приводить к межличностным конфликтам в группе.



В то же время для студентов четвёртого курса характерно преобладание коллективистического типа восприятия группы, что проявляется в принятии групповых ценностей, участии в совместной деятельности и выраженном интересе к групповой работе. В таких группах межличностные конфликты встречаются редко, и они разрешаются внутри группы без привлечения третьей стороны. Это объясняется длительным существованием группы и высоким уровнем групповой сплочённости.

Студенты могут находиться в межличностных конфликтах, защищая не только свои личностные интересы, но и интересы группы, которую они представляют. Конфликты между студентом и группой имеют много общего с межличностными между студентами, однако, они более многоплановые. Группа включает в себя целую систему отношений, она определенным образом организована, в ней, как правило, имеются формальный и/или неформальный лидер, координационная и субординационная структуры и т. д. Поэтому потенциальная возможность конфликта здесь возрастает [4].

Подобно другим типам конфликтов, конфликт между студентом и группой может быть как конструктивным, так и деструктивным. В первом случае разрешение конфликта способствует укреплению связи студента с группой, формированию личностной и групповой идентификации и интеграции. Во втором случае, напротив, происходят дезидентификация личности и групповая дезинтеграция.

Управление межличностными конфликтами между студентами можно рассматривать в двух аспектах – внутреннем и внешнем. Внутренний аспект предполагает применение технологий эффективного общения и рационального поведения в конфликте. Внешний аспект отражает управленческую деятельность



со стороны преподавателя или другого субъекта управления по отношению к конкретному конфликту [4].

В процессе управления межличностными конфликтами между студентами важно учитывать их причины и особенности, а также характер межличностных отношений участников конфликта, группы поддержки, а главное, этапы развития конфликтов и выбор стратегии обучающихся. Это требует определенной подготовки студентов на занятиях по педагогике и конфликтологии.

Заключение

Грамотное разрешение конфликтов среди студентов - это важный аспект создания благоприятной образовательной среды. Преподаватели играют ключевую роль в этом процессе, обучая студентов основам конструктивного общения и разрешения конфликтов. Важно помнить, что конфликты не всегда являются негативным явлением, они могут стать стимулом для роста и развития, если научиться их правильно решать.

Проблема конфликтов среди студентов требует внимательного изучения и разработки эффективных стратегий решения. Только так можно создать условия для гармоничного развития личности студента и формирования у него необходимых жизненных навыков.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Анцупов А.Я., Баклановский С.В. Конфликтология. Москва: Проспект, 2023. 336 с.
2. Зеленков, М. Ю. Конфликтология. Москва: Дашков и К, 2013. 324 с.
3. Головки О.В. Арт-терапия как технология личностного роста обучающихся - участников фестивалей непрофессионального студенческого творчества // О.В. Головки, З.В. Боровикова, О.В. Шмакова, Е.В. Салтанова / В сборнике: Арт-терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования:



актуальные вопросы, достижения и инновации. Сборник материалов II Международной научно-практической конференции. 2023. С. 137-145.

4. Акименко Г.В. Детерминанты формирования эмоционально-психологической компетентности в профессионально-личностном становлении студентов-медиков // Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина, А.М. Селедцов, А.С. Яковлев. Дневник науки. 2022. № 12 (72).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ О РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (РПП)

Алешко Ю. А., Каган В. В.

Кафедра микробиологии и вирусологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к.б.н., доцент Соболева О. М

Аннотация. Расстройства пищевого поведения (РПП) представляют собой сложные нарушения, связанные с атипичным поведением в отношении пищи и тела. Наиболее распространённые виды РПП включают анорексию, булимию и чрезмерное употребление пищи. Эти расстройства могут иметь серьёзные физические, психологические и социальные последствия, и их распространённость возрастает, особенно среди подростков и молодёжи. Поэтому важно понимать, на каком уровне находятся знания общества о РПП, что позволит улучшить профилактику и лечение этих заболеваний. Был проведен опрос методом онлайн-анкетирования среди подростков, проживающих на территории Кемеровской области для определения уровня знаний о РПП, показавший недостаточность осведомленности населения об этой проблеме.

Ключевые слова: расстройство пищевого поведения, профилактика



**DETERMINING THE LEVEL OF KNOWLEDGE
ABOUT EATING DISORDERS**

Aleshko Y. A., Kagan V. V.

Department of microbiology and virusology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Soboleva O. M.

Abstract. Eating disorders (EDs) are complex conditions associated with atypical behaviors regarding food and body image. The most common types of EDs include anorexia, bulimia, and binge eating disorder. These disorders can have serious physical, psychological, and social consequences, and their prevalence is increasing, particularly among adolescents and young adults. Therefore, it is important to understand the level of societal knowledge about EDs, which will help improve the prevention and treatment of these conditions

Keywords: Eating disorders, prevention.

По международным данным, в США РПП наиболее подвержены лица молодого и подросткового возраста, заболеваемость составляет в среднем 0,3% среди молодых женщин и 0,1% среди молодых мужчин [1]. Немецкими учеными было выявлено, что распространенность расстройств пищевого поведения составила 0,7%. [2]

Согласно МКБ – 10, расстройства пищевого поведения имеет следующую классификацию:

1. Нервная анорексия (F50.0) - Расстройство, характеризующееся преднамеренной потерей массы тела, вызванной и поддерживаемой пациентом. Это расстройство, как правило, чаще встречается у девочек подросткового возраста и молодых женщин, но ему могут быть подвержены юноши и молодые мужчины, а также дети, приближающиеся к пубертатному периоду, и женщины



старшего возраста (вплоть до наступления менопаузы). Расстройство ассоциируется со специфической психопатологической боязнью ожирения и дряблости фигуры, которая становится назойливой идеей, и пациенты устанавливают для себя низкий предел массы тела. Как правило, имеют место различные вторичные эндокринные и обменные нарушения и функциональные расстройства. Симптоматика включает ограничение диеты, чрезмерную физическую нагрузку, прием рвотных, слабительных и мочегонных средств, а также препаратов, понижающих аппетит.

2. Нервная булимия (F50.2) - Синдром, характеризующийся повторными приступами переедания и выраженным беспокойством по поводу контроля за массой тела. Это приводит к выработке стиля переедания, сопровождаемого вызовом рвоты и использованием слабительных средств. Это расстройство имеет много общего с нервной анорексией, включая сверхзабоченность своей фигурой и массой тела. Повторные рвоты чреватые нарушениями электролитного баланса и соматическими осложнениями. Часто (но не всегда) в анамнезе пациента отмечается ранее имевший место эпизод нервной анорексии с колебаниями его давности от нескольких месяцев до нескольких лет.

3. Чрезмерное употребление пищи (A50.4) - Переедание вследствие стрессовых событий, таких, как тяжелая утрата, несчастный случай, рождение ребенка и т.д. Психогенное переедание [3].

Эти расстройства могут проявляться разными способами, но чаще всего причинами являются:

1. Генетические факторы: люди, родственники которых страдали данными заболеваниями в 8 раз более подвержены нарушениям пищевого поведения, было установлено, что за данный тип патологий отвечают определенные участки хромосом [4].



2. Биопсихосоциальные: факторами, обуславливающими нарушения пищевого поведения могут служить неблагоприятная семейная ситуация, неадекватное восприятие собственного тела, пищевые предпочтения, стереотипы пищевого поведения, масса тела и методы ее контроля. [5]

3. Культурные: средства массовой информации оказывают колоссальное влияние на неустоявшуюся психику подростков, внушая ложные представления о красоте и искажая культуру похудения. В то же время рекламируются недорогие, доступные, высококалорийные продукты питания. [6]

4. Личностные: пищевые расстройства отражают бессознательную борьбу внутренней индивидуальности человека, его представлений о себе в социуме и проблемах, которые часто следуют из травматических событий жизненного опыта или определённой модели социализации. [7]

5. Психологические: подобные расстройства формируются на основе психоэмоциональных предпосылок – эмоциональной неустойчивости, чувства вины, заниженной самооценки, внушаемости, зависимости от мнения окружающих. [8]

Все эти факторы могут приводить к появлению серьезных проблем таких как:

1. Физические - повреждение органов, нарушение метаболизма, серьезные проблемы с сердечно-сосудистой системой, а также нарушение гормонального фона — все это серьезные последствия, которые могут угрожать жизни.

2. Психологические - расстройства пищевого поведения часто сопровождаются депрессией, тревожными расстройствами и низкой самооценкой. Это создает замкнутый круг, усугубляющий состояние человека.

3. Социальные - подростки, страдающие РПП, могут сталкиваться с изоляцией, проблемами в отношениях с ровесниками и родственниками, что



усугубляет их психоэмоциональное состояние и ограничивает доступ к социальным ресурсам.

Цель: Определение уровня знаний о расстройствах пищевого поведения (РПП) у подростков с использованием онлайн-анкетирования.

Результаты: проведя анкетирование среди 83 подростков Кемеровской области было установлено, что большинство респондентов (65%) употребляют пищу 2-3 раза в день. Это может указывать на базовые понимания правил здорового питания. Однако среди группы подростков также есть те, кто отмечает, что ест реже или наоборот — чаще рекомендуемых норм. Например, подгруппа, употребляющая пищу чаще, таких оказалось 30%, может это делать в ответ на стресс или эмоциональные проблемы, что ставит под сомнение регулярность и здоровье их диеты.

Важно отметить, что системы питания с низкой частотой приема пищи могут привести к замедленному обмену веществ и увеличенному риску переедания в дальнейшем. Многие респонденты (86,75%) отметили, что не ведут пищевой дневник и не отслеживают калорийность пищи. Это говорит о недостаточном понимании важности самоконтроля и осознанного питания. Ведение пищевого дневника может стать полезной практикой, помогающей не только справиться с расстройствами пищевого поведения, но и поддерживать общий уровень здоровья.

Рекомендуется внедрить программы, обучающие подростков способам ведения таких дневников, что поможет им лучше осознавать свои привычки и будет способствовать формированию их самосознания в вопросах питания. Наибольшее внимание в ответах респондентов привлекли фастфуды и сладости. Это подчеркивает возможный перекос в сторону высококалорийной, но нездоровой пищи, что может быть следствием как доступности таких продуктов, так и влияния медиакультуры, где подобные продукты часто подаются как



символ большей социальной активности и успеха. Подростки могут не осознавать, насколько часто они делают выбор в пользу нездоровой пищи, что требует дополнительного просвещения и улучшения медийной культуры питания. Респондентам не хватает информации о расстройствах пищевого поведения и их симптомах. Данное недопонимание может вести к тому, что подростки не знают, как распознать, что у них развиваются потенциально опасные привычки в отношении еды, а также могут не понимать важность обращения за помощью к специалистам. Обучение основным понятиям РПП, их признакам и последствиям могло бы существенно снизить риски развития этих расстройств среди молодежи.

Заключение

Достаточно большая часть подростков, проживающих на территории Кемеровской области недостаточно осведомлены о теме расстройств пищевого поведения и отмечают проблемы с питанием. Необходимо разработать и внедрить программы для повышения осведомленности о здоровом питании и расстройствах пищевого поведения в школах и молодежных центрах.

В целях профилактики появления РПП, следует популяризировать культуру правильного питания и ведения пищевого дневника и подсчета калорий, что может помочь подросткам стать более осознанными в своих пищевых привычках. Создание доступных образовательных материалов (видео, буклетов, статей) о правильном питании и расстройствах пищевого поведения. Также стоит рассмотреть возможность запустить вебинары и онлайн-курсы для подростков, чтобы они могли получить информацию в удобное для них время. Привлечение диетологов, психологов и педагогов к разработке и проведению программ. Специалисты могли бы не только делиться знаниями, но и помогать в создании здоровой среды для подростков на уровне школ и сообществ.



Источники и литература / Sources and referens:

1. Psychological predicates of eating disorders in adolescents. Ovchinnikov A.A., Sul-tanova A.N., Sycheva T.Yu., Tomilova Yu.A. Novosibirsk State Medical University, Ministry of Health of Russia, Review of Psychiatry and Medical Psychology. 2018. No 2.p. 80 – 84. (In Russ.)
2. Meyer C., Rumpf H., Napke U. et al. Lifetime prevalence of mental disorders in general adult population. Results of TACOS study // Nervenarzt. 2000. V. 71. №7. P. 535-542.
3. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). <https://mkb-10.com/index.php?pid=4288>
4. Pantileev SR., Self-relation as an emotional-evaluative system. The psychology of self-awareness: a reader, ed. DY Raigorodsky., Samara: Publishing House «BAHRAKH-M»., 2007., P. 365.
5. Kurochkina V.E., Nikolaeva D.G. The relationship between eating disorder and self-esteem of girl's Actual questions of pedagogical science and education [Electronic re-source]: collection of articles. scientific. tr. ed. d. p. n., Assoc. O.A. Mosina. Electron. text. Dan. Krasnodar: Publishing house of the Federal State Budgetary Educational In-stitution of Higher Education «KubGU», 2021. 248 p., Access mode: free. Text: elec-tronic. ISBN 978-5-906302-62-5 Scientific electronic publication <https://hist-edu.ru/pablik/aktual.pdf>. (In Russ.)
6. Николаева Н.О., Мешкова Т.А. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2011. № 1 (11). С. 39–49.
7. Проскуракова Л.А. Особенности пищевого поведения и виды его нарушения. статья в журнале – научная статья. Рациональное питание, пищевые добавки и биостимуляторы. 2016. № 2. С. 118–124.



8. Семина Т.И. Риск развития расстройств пищевого поведения у школьников и студенток. Вестн. СибГМУ. 2000. С. 81–82.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПРИЧИНЫ
ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.**

Альтмайер Л. Е.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к. ист. н., доцент Г. В. Акименко

Аннотация. Все концепции развития психосоматической патологии основываются на психологических или физиологических предпосылках, предполагая широкий спектр феноменов с преобладанием соматических симптомов. Они рассматриваются как соматические дисфункции при соматических и психических расстройствах, основными критериями которых являются стресс и доминирующие соматические симптомы. В работе рассмотрен тезис о роли психического стресса в развитии соматической и психической патологии, его интенсивности, длительности и характере. Обзор литературы свидетельствует о том, что большинство хронических неинфекционных заболеваний, имеющих симптоматические взаимосвязи с психической сферой, рассматриваются как психосоматические. Решение этих проблем требует новых подходов и концепций, предложенных в статье.

Ключевые слова: психологические факторы, влияние, соматическое здоровье, заболевание, отношение.



**PSYCHOLOGICAL VIEW OF THE CAUSES OF ORIGIN
OF PSYCHOSOMATIC DISEASES. LITERATURE REVIEW.**

Altmayer L. E.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor - PhD in History, Associate Professor G.V. Akimenko

Abstract. All concepts of psychosomatic pathology development are based on psychological or physiological prerequisites, suggesting a wide range of phenomena with a predominance of somatic symptoms. They are considered as somatic dysfunctions in somatic and mental disorders, the main criteria of which are stress and dominant somatic symptoms. The paper considers the thesis on the role of mental stress in the development of somatic and mental pathology, its intensity, duration and nature. A review of the literature shows that most chronic non-communicable diseases that have symptomatic relationships with the mental sphere are considered psychosomatic. The solution to these problems requires new approaches and concepts proposed in the article.

Keywords: psychological factors, influence, somatic health, disease, attitude.

В условиях воздействия на человека психической травмы (стресса) возникает альтернатива: либо в связи со стрессоустойчивостью и под влиянием методов психологической защиты, человек остается психически и соматически здоровым, либо он заболевает неврозом или психосоматическим страданием [9]

Реакцией человека на стресс могут быть как невротические симптомы, среди которых преобладают психологические и психопатологические проявления, так и психосоматические расстройства. [4] Эти группы нарушений показывают разные способы переработки внутриличностного конфликта - психического и соматического. Первый способ может проявляться как в



условиях острого, так и хронического стресса; психосоматический же способ в большей степени связан с хроническим воздействием стресса (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986; Janca A., Isaac M., Costa e Silva J.A., 1995). Влияние хронического стресса на формирование соматовисцеральной симптоматики было отмечено в работе Л.Е. Панина и В.П. Соколова (1981). [8]

По мнению других исследователей, альтернатива существует и внутри патогенетического пути: психосоматические заболевания возникают у тех, кто в силу особенностей личности не может позволить себе невротический тип реагирования, демонстрацию тревоги или страха, фиксацию на своих ощущениях [3].

Актуальный конфликт, формирующийся на базе психической травмы (стресса), по мнению Н. Пезешкиана (1996), складывается из жизненных событий и микротравм, роль которых особенно выделяется этим автором. К последним относятся, к примеру, непунктуальность, нечистоплотность, несправедливость, непорядочность, «неверность» участника коммуникативного процесса. Подобные микротравмы, действуя ежедневно и монотонно, способны сформировать внутриличностный конфликт. [7]

Человек, находящийся в гармонии с собой может перенести экстремальные органические и психические нагрузки безболезненно. Но некоторые личные проблемы могут вывести из стабильного состояния, что, в свою очередь, может привести к формированию негативных эмоций и неуверенности в себе. Именно в сложных ситуациях психосоматически «отягощенные» пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние (Малкина-Пых И.Г., 2003). [2]

У лиц с различным типом личности разные особенности регуляции вегетативных функций, обеспечивающие эффективность адаптивных реакций и, как следствие, различный уровень и резерв здоровья (Солдатова О.Г., Савченков



Ю.И., Шилов С.Н., 2007). В работе Н.И. Косенкова (1997) показано, что у больных, страдающих язвенной болезнью желудочно-кишечного тракта, нейроциркуляторной дистонией, отмечаются некоторое снижение интеллекта, усиление паранойяльных черт личности, а также активизация тормозных процессов и истощение процессов возбуждения в центральной нервной системе, особенно в правом полушарии. [8]

В то же время при недостаточности правого полушария возникающие эмоциональные расстройства в большей мере сочетаются с висцеровегетативными нарушениями (Кришталь В.В., 2001). [6]

По данным некоторых исследователей, пациенты с психосоматическими заболеваниями и невротами имеют общую личностную особенность - высокую эмотивность, определяющую чувствительность к психотравмирующим влияниям. При этом психосоматические пациенты имеют низкую дистимность, предполагающую наличие достаточного адаптационного механизма по преодолению аффективного напряжения тревожно-депрессивного спектра (Атаманов А.А., Буйков В.А., 2000). [5]

Психологическое здоровье влияет и на наш внешний вид. Основные факторы набора лишнего веса - психологические проблемы, вызывающие переедания. (Синицына А.Р. «Влияние психологического здоровья на физическое состояние молодых людей», 2023) [1]

Нарушения обмена веществ, структуры и функции клеток, вызванные различными факторами, ведут к нарушению психического здоровья, а оно, в свою очередь, часто проявляется на физическом уровне. Например, недостаток солнечного света ведет к нарушению синтеза в головном мозге нейротрансмиттера серотонина, что проявляется депрессией (унынием). При воздействии неблагоприятных экологических факторов наблюдаются органические (в том числе, микроорганические) поражения и/или недоразвитие



ЦНС. Что, в свою очередь, сопровождается психическими нарушениями. Избыток тяжелых металлов (свинцовая энцефалопатия) и других ксенобиотиков (например, нейротоксичность дисульфида углерода) негативно воздействуют на развитие и нормальную структуру клеток ЦНС. (А.В. Мельник, И.Г. Шелепанова «Взаимосвязь психического и физического здоровья человека», 2008).

Заключение

Развитие заболеваний психосоматического спектра традиционно рассматривается в двух направлениях: соматическая или психопатологическая направленность. Однако, как свидетельствуют многочисленные исследования, их разделение условно. Между двумя векторами развития психосоматической патологии больше общего: наследственно-генетические, средовые, личностные и психологические факторы, невротические, аффективные, когнитивные и другие психопатологические нарушения, соматические сенсации в виде соматических симптомов, соматоформных, психовегетативных, функционально-соматических и других расстройств. Они сопутствуют развитию соматической патологии, усложняют её течение, создают трудности в выборе лечения и сокращают продолжительность жизни пациентов.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Педак А.А. Психические и психосоматические расстройства в клинике врача общей практики - семейной медицины. Николаев, Илион. 2011. 695 с.
2. Кречмер Э. Строение тела и характера. Пер. с нем. М.: Эксмо, 2003. 416с.
3. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения // Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022.



4. Dunbar F. Mind and body: Psychosomatic medicine. Random, New York, 1947. - 235 p.

5. Sifneos PE. The Prevalence of «Alexithymic» Characteristics in Psychosomatic Patients. Psychother Psychosom. 1973; 22:255-262. doi: 10.1159/000286529

6. Friedman, M., Rosenman, R.H., Straus, R., Wurm, M., Kositchek, R.: The relationship of behavior pattern A to the state of the coronary vasculature: A study of 51 autopsied subjects. Am J Med 44:525–538, 1968. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(68\)90053-3](https://doi.org/10.1016/0002-9343(68)90053-3)

7. Nemiah J.C., Sifneos P.E. Psychosomatic illness: a problem in communication. Psychotherapy and psychosomatics. 1970;18(1-6):154-60. <https://doi.org/10.1159/000286074>

8. Sterling P, Eyer J. Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. In: Handbook of life stress, cognition and health. (Eds S. Fisher, J. Reason). J. Wiley Ltd. 1988. p. 629–649.

9. McEwen BS. Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. Annals of the New York academy of sciences. 1998 May;840(1):33-44. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x>

**ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ ПЛАВАНИЕМ НА ФИЗИЧЕСКОЕ
РАЗВИТИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

Андрюшина Е. А., Колосова Е. В.

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель - д.м.н., доцент Помыткина Т. Е.



Аннотация. В статье рассматриваются вопросы влияния плавания на организм детей младшего школьного возраста. Была проведена оценка физического развития и функционального состояния обучающихся 10 лет до начала занятий плаванием и спустя 7 месяцев. Занятия плаванием оказывают благоприятное влияние не только на развитие мышечного и опорно-двигательного аппарата, но и тренируют сердечно-сосудистую и дыхательную системы.

Ключевые слова: физическое развитие, плавание, спорт, здоровье, функциональное состояние.

THE INFLUENCE OF SWIMMING LESSONS ON THE PHYSICAL DEVELOPMENT AND FUNCTIONAL STATE OF STUDENTS

Andryushina E.A., Kolosova E.V.

Department of Outpatient Therapy

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor - MD, docent Pomytkina T.E.

Abstract. The article discusses the impact of swimming on the body of primary school children. The assessment of the physical development and functional condition of the students was carried out 10 years before the start of swimming lessons and 7 months after. Swimming exercises have a beneficial effect not only on the development of the muscular and musculoskeletal system, but also train the cardiovascular and respiratory systems.

Keywords: physical development, swimming, sports, health, functional state.

Введение

Сегодня к наиболее острым проблемам, стоящим перед обществом, относят проблемы физического развития подрастающего поколения. В



школьном возрасте они часто связаны с влиянием научно-технического прогресса (чрезмерное использование гаджетов), с нерациональным распорядком дня и перегрузкой учебой. Вследствие чего у детей наблюдается пониженная физическая активность. Плавание - это один из самых популярных видов спорта, который широко используется в системе физического воспитания; это единственный способ физического развития, рекомендуемый людям с какими-либо ограничениями по здоровью на занятия спортом на суше [1, С.67-68].

Это наименее травматичный вид физической активности. Заниматься им могут люди разных возрастов: от малого до великого. Однако быстрее осваивают технику плавания все-таки дети младшего школьного возраста.

Цель исследования - оценить влияние плавания на физическое развитие и функциональное состояние обучающихся.

Объекты и методы исследования

Исследование проводилось с сентября 2023 года по апрель 2024 года на учебно-тренировочных занятиях обучающихся спортивной школы «Олимп» города Прокопьевска. В исследовании принимали участие 30 человек тренировочной группы (15 мальчиков и 15 девочек) 10 лет, занимающихся плаванием. Нами были использованы методики, направленные на определение состояния физического развития и функционального состояния организма.

Результаты и их обсуждение

Оценка физического состояния

Оценка физического состояния детей младшего школьного возраста, занимающихся плаванием, проводилось по формуле [3, С.25-27]:

$$ФС = 700 - 3 * ЧСС - Ад - 2,7 * В + 0,28 * m / 350 - 2,6 * В + 0,21 * \text{рост}$$

Где ФС – физическое состояние

В – возраст



m – масса тела, ее определение проводилось с помощью взвешивания на медицинских весах

Ад – артериальное давление, измерялось тонометром

ЧСС – частота сердечных сокращений

Рост измерялся с помощью ростомера

Выделены 5 уровней физического состояния:

1 – низкий (характерны самые маленькие величины физической работоспособности, уровень развития двигательных способностей понижен);

2 – ниже среднего (присущи по-прежнему маленькие величины физической работоспособности, снижена примерно на 50% от должного значения, уровень развития двигательных также качеств сокращен);

3 – средний (небольшое снижение физической работоспособности);

4 – выше среднего (оптимальная физическая работоспособность);

5 – высокий (наблюдаются максимальные функциональные способности, отличная физическая работоспособность).

Определялись 5 показателей:

1. Возраст;

2. масса тела;

3. артериальное давление;

4. частота сердечных сокращений;

5. рост.

Оценка физической подготовленности

Физические способности включают в себя: координационные, скоростные, скоростно-силовые способности, выносливость и гибкость [2, С.14-15].

Физическую подготовленность мы определяли методом тестирования (двигательные тесты). Перед проведением детям была наглядно показана техника выполнения испытаний.



Для оценки скоростных способностей был выбран бег на 30 метров.

Для оценки скоростно-силовых способностей был выбран такой двигательный тест, как прыжок в длину с места.

Оценку силовых способностей проводили с помощью подтягивания на высокой перекладине из виса (мальчики), на низкой перекладине из виса лежа (девочки).

Общую выносливость определяли с помощью 6-минутного бега. Цель данного упражнения: преодолеть как можно большую дистанцию за 6 минут.

Оценка функционального состояния организма

Для оценки функционального состояния пловцу предлагается проплыть в максимальном темпе определённую дистанцию. После этого делается 3 измерения частоты сердечных сокращений:

1. Сразу после заплыва;
2. через 30 секунд;
3. через одну минуту.

Оценка проводится по следующей схеме: если время проплывания дистанции большое и высокая ЧСС – это говорит о плохой тренированности; если лучшее время преодоления дистанции и более низкая ЧСС, – это указывает на хорошую тренированность [4, С.65-67].

Сравнительный анализ показателей:

Результаты исследования физического состояния

Результаты исследования физического состояния у мальчиков 10 лет тренировочной группы в сентябре в среднем составило 0,416; у девочек - в среднем - 0,243. **У мальчиков 10 лет тренировочной группы в апреле** результаты оказались выше: в среднем равнялось 0,735; у девочек - среднее - 0,565.



В процессе исследования установлено, что у мальчиков в сентябре уровень физического состояния ниже среднего, а у девочек - низкий. Однако в апреле: и у мальчиков, и у девочек, уровень подготовки выше среднего.

Анализ результатов проведенного исследования указывает на недостаточную тренированность пловцов в начале года и на более успешную тренированность – в конце.

Оценка физической подготовленности

Результаты исследования:

В результате тестирования ребят тренировочной группы 10 лет были получены результаты, которые позволили составить представление о физическом развитии детей, занимающихся плаванием.

Анализируя результаты бега 30 метров, у девочек и мальчиков до начала занятий плаванием средний результат составил 6,3 сек. Когда в апреле 2024 года результат уже составил 5 секунд у мальчиков и 5,2 секунд у девочек.

Анализ показателей прыжка в длину с места привел к следующим данным: результаты ребят тренировочной группы 10 лет в сентябре значительно уступают тем результатам, что показали дети тренировочной группы в апреле. Разница у девочек - 25 сантиметров, у мальчиков – 30 сантиметров.

Сопоставляя результаты подтягивания на перекладине, мы выявили преобладание показателей пловцов в апреле над значениями, полученными в сентябре. В сентябре у мальчиков было 4 подтягивания, а у девочек - 10. В апреле 2023 года у мальчиков стало 7 подтягиваний, а у девочек - 20.

Анализ результатов 6-минутного бега привел к следующим данным: пловцы тренировочной группы 10 лет в начале года значительно проигрывают в преодолении расстояния за 6 минут в конце года. Средняя дистанция у мальчиков в сентябре составила 900 метров, у девочек - 800 метров. В апреле



2024 года у мальчиков средняя дистанция увеличилась до 1300 метров, а у девочек до 1100 метров.

Таким образом, сопоставление показателей двигательных тестов показывает, что более опытные пловцы показали отличные результаты, соответствующие высокому уровню тренированности. В начале учебного года ребята данной тренировочной группы с данными заданиями справились хуже.

Можно сделать вывод, что плавание – это эффективный способ для развития физических способностей.

Оценка функционального состояния организма

При исследовании юных пловцов 10 лет было установлено следующее. Рассматривался один из основных показателей работы сердечно-сосудистой системы - частота сердечных сокращений.

Анализ полученных значений выявил количественные различия в реакции ЧСС на одно и то же задание (50 м в/с) у школьников тренировочной группы 10 лет в сентябре 2023 года и в апреле 2024 года.

Однако в процессе исследования установлено, что у детей тренировочной группы как в сентябре, так и в апреле, значения ЧСС сразу после проплывания 50 метров вольным стилем примерно одинаковые – в среднем составляют 32-33 уд/10 сек. У мальчиков и у девочек при этом значения ЧСС также практически не отличаются.

На 30 секунде отдыха после нагрузки происходит небольшое снижение ЧСС у пловцов в сентябре, что в среднем у мальчиков составляет 26, а у девочек – 27. У ребят в апреле ЧСС снижается более заметно, в среднем равняется 23 уд/10 сек. Гендерных различий при этом не выявлено.

Через 60 секунд у девочек тренировочной группы в начале учебного года восстановление ЧСС идет медленнее, чем в конце учебного года. Частота



сердечных сокращений у спортсменок в апреле за 10 секунд составляет в среднем 16 ударов, а в сентябре в среднем 20 уд/10 сек.

Выявлены различия в темпах восстановления и у мальчиков в начале и в конце учебного года. Средние результаты значений ЧСС при этом такие же, как у девочек.

У ребят в апреле на 30 и 60 секундах отдыха отмечается отчетливое снижение ЧСС по сравнению со значениями ЧСС в сентябре. Показанные результаты были прямым следствием лучшей подготовленности.

Пловцы 10 лет тренировочной группы показали лучшие результаты в апреле по сравнению сентябрём. Во время плавания человек находится в горизонтальном положении и появляется состояние, близкое к невесомости, ввиду чего позвоночник разгружается, и ребёнок растёт.

Плавание положительно влияет на работу всех систем организма, особенно сердечно-сосудистой и дыхательной. При регулярных и грамотно организованных занятиях у юных пловцов увеличиваются силовые показатели сердечных мышц и повышаются функциональные возможности сердечно-сосудистой системы. Сердце становится более крепким и выносливым. Это приводит к увеличению систолического объема, вследствие происходит развитие миокарда и уменьшается частота сердечных сокращений в покое. Это даёт возможность сердцу работать более экономно и эффективно [4, С.37-39]. В добавление к этому, снижается риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

Заключение

Плавание оказывает благоприятное воздействие на комплексное развитие всего организма детей младшего школьного возраста. Занятия плаванием способствуют развитию скоростных, координационных, скоростно-силовых, силовых способностей, выносливости и гибкости. Именно поэтому плавание



рекомендуют для физического становления и улучшения функционального состояния.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Ашмарин, Б.А. Теория и методика физического воспитания: учебное пособие / Б. А. Ашмарин. Москва: Физкультура и спорт, 2018. 291 с. ISBN 5-09-001807. – Текст: непосредственный
2. Бородич, Л.А. Занятия плаванием при сколиозе у детей и подростков: учебное пособие / Л. А. Бородич. Москва: Просвещение, 2018. 77 с. ISBN 5-09-000403-X. Текст: непосредственный
3. Макарова Л.Н., Ромашевская Н. И. Мониторинг физического состояния школьников: учебное пособие / Л.Н. Макарова, Н.И. Ромашевская. Новокузнецк: МАОУ ДПО ИПК, 2018. 60 с. Текст: непосредственный
4. Макаренко Л.П. Юный пловец: учебное пособие / Л.П. Макаренко. Москва: Физкультура и спорт, 2018. 180 с. Текст: непосредственный

ПРИЗНАКИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У СТУДЕНТОВ

Андрюшина Е. А., Колосова Е. В.

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г.Кемерово

Научный руководитель - д.м.н., доцент Помыткина Т.Е.

Аннотация. В данной работе была изучена встречаемость астении у студентов высших учебных заведений Кемеровской области. По результатам исследования симптомы астении выявлены у 73,2% опрошенных студентов. Самые распространённые типы астении: психическая астения (34,4%) и пониженная активность (32 %).



Ключевые слова: астенический синдром, астения, студенты, патологическая утомляемость, распространённость.

SIGNS OF ASTHENIC SYNDROME IN STUDENTS

Andryushina E. A., Kolosova E. V.

Department of Outpatient Therapy

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor - MD, docent Pomytkina T.E.

Abstract. In this work, the incidence of asthenia in students of higher educational institutions of the Kemerovo region was studied. According to the results of the study, symptoms of asthenia were detected in 73.2% of the surveyed students. The most common types of asthenias are mental asthenia (34.4%) and decreased activity (32%).

Keywords: asthenic syndrome, asthenia, students, pathological fatigue, prevalence

Введение

Астения (астенический синдром) - это наиболее распространённая проблема в клинической практике любого врача. Астенией (от греч. Asthenia - слабость, бессилие) называют постепенно развивающееся расстройство, которое проявляется повышенной физической и/или психической утомляемостью после привычной нагрузки, выполняющейся ранее регулярно, эмоциональными, вегетативными нарушениями или расстройствами сна [3, С.824-829].

Астения – это общая реакция организма на любое состояние, угрожающее истощением энергетических ресурсов [1, С.640]. Астению можно рассматривать, как защитный или компенсаторный механизм адаптации. [2, С.196-199].



Все вышеперечисленное логичным образом приводит к снижению работоспособности, затруднению в освоении студентами нового материала, а иногда и выступают в качестве фона, на котором формируются другие, более тяжёлые соматические или психические нарушения. Именно потому важно своевременно диагностировать и корректировать данную проблему. Данная тема особенно актуальна для студентов в связи с напряженным ритмом жизни, зачастую несогласованной организацией труда и отдыха, избытка необходимой для усвоения информацией. Учитывая психологические особенности и ритм жизни, студентов стоит рассматривать как группу риска в развитии астении.

Объекты и методы исследования

В исследовании участвовали 78 студентов, обучающихся в «Кемеровский Государственный Университет», «Кемеровский Государственный Институт Культуры», «Кузбасский Государственный Технический Университет» и в филиале «Российский Государственный Институт Сценических Искусств». Возраст испытуемых от 20 до 24 лет (средний возраст $22 \pm 2,0$). Использованные методы: проба Бурдона, Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (шкала HADS), опросник «Самочувствие, Активность, Настроение» (САН), субъективная шкала оценки астении MFI-20 (The Multidimensional Fatigue Inventory).

Субъективная шкала оценки астении MFI-20 (The Multidimensional Fatigue Inventory) позволяет получить субъективную количественную оценку общей тяжести астении и её различных аспектов. Шкала состоит из 20 утверждений, которые отражают разные составляющие астении. Вычислялся суммарный балл, в норме результат не должен превышать 20-30 баллов. Если по результатам тестирования получено более 30 баллов – следует заподозрить астению.

Опросник «Самочувствие, Активность, Настроение» (САН) позволяет оценить уровень самочувствия, активности и настроения. Опросник



представляет собой 30 пар противоположных составляющих, по которым испытуемый должен оценить свое состояние от 1 до 7 баллов, где 1 - наиболее неблагоприятное состояние, а 7 – наиболее благоприятное.

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (шкала HADS - The hospital Anxiety and Depression Scale) так же является субъективной методикой и предназначена для диагностики тревоги и депрессии. Шкала состоит из 14 утверждений, и включает две части - тревога и депрессия. Интерпретация шкалы проводится по суммированию баллов в каждой части, где до 7 баллов – это отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии, 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога или депрессия, 11 баллов и более – клинически выраженная тревога или депрессия.

Корректирующая проба Бурдона представляет собой бланк с большим количеством случайно расположенных букв. Испытуемый по команде «Начали!» должен вычеркнуть необходимую букву. Экспериментатор засекает время и по прошествии каждой минуты ставит пометку в том месте, где держит карандаш испытуемый. Для подсчета результатов используются показатели изменения скорости работы (количество знаков, просмотренных в единицу времени) и изменение точности (количество ошибок в те же интервалы). Построение графиков выявляет утомляемость (снижение скорости и точности), вработываемости (повышение скорости и точности) и колебания того или иного показателя.

Результаты и их обсуждение

В ходе исследования симптомы астении были выявлены у 73,2% студентов, у 26,8% астенический синдром отсутствовал. Респондентам нужно было самостоятельно охарактеризовать свое психологическое состояние. Проанализировав распространённость отдельных типов астении по субъективной шкале MFI-20, было выявлено, что у 32% испытуемых



наблюдается пониженная активность, у 18% - снижение мотивации, у 15,6% установились признаки общей астении, а у 34,4% - психической астении. Таким образом, в наибольшей степени астенический синдром был выявлен по шкале «психическая астения».

Для выявления объема, концентрации и устойчивости внимания использовали корректурную пробу Бурдона. У 23% испытуемых студентов была зарегистрирована низкая устойчивость внимания, средняя - у 21%. У 33% устойчивость внимания оказалась очень высокая, ещё у 23% - высокая. Переключаемость была в пределах возрастной физиологической нормы: у 77% исследуемых студентов выявлена очень высокая и у 23% - высокая переключаемость.

По результатам оценки самочувствия, активности и настроения, было установлено, что средние оценки испытуемых по шкале «Настроение» - 4,7, по шкале «Активность» - 5,5, а по шкале «Самочувствие» - 5,0. Данные баллы и их соотношение свидетельствуют о благоприятном функциональном состоянии опрошенных студентов.

В ходе оценки результатов анкетирования тревоги и депрессии HADS было выяснено, что у 51,4% опрошенных присутствуют выраженные симптомы тревоги и депрессии, а у 48,6% - отсутствуют.

Астенический синдром проявляется разнообразными симптомами, которые можно разделить на физические и психоэмоциональные. Физические симптомы представляют собой повышенную утомляемость, слабость, головные боли, нарушения сна, снижение аппетита и другие проявления. Психоэмоциональные симптомы включают раздражительность, тревожность, депрессивные состояния, снижение концентрации внимания и памяти. Повышенная утомляемость и слабость являются одними из наиболее распространенных симптомов астенического синдрома. Студенты часто



жалуются на то, что быстро устают даже при выполнении несложных задач, что негативно сказывается на их учебной деятельности.

Головные боли и нарушения сна также являются частыми симптомами астенического синдрома. Студенты могут испытывать трудности с засыпанием, частые пробуждения ночью и ощущение недостатка сна даже после длительного ночного отдыха. Раздражительность и тревожность являются психоэмоциональными симптомами, которые часто сопровождают астенический синдром. Студенты могут становиться более раздражительными, легко возбудимыми и тревожными, что негативно сказывается на их социальных и личных отношениях. Снижение концентрации внимания и памяти также является характерным симптомом астенического синдрома. Студенты могут испытывать трудности с усвоением учебного материала, что негативно сказывается на их успеваемости.

Астенический синдром у студентов может быть вызван различными факторами, которые можно условно разделить на внутренние и внешние. Внутренние факторы включают индивидуальные особенности организма, такие как генетическая предрасположенность, хронические заболевания и психоэмоциональные особенности. Внешние факторы связаны с условиями учебы и жизни студентов, такими как высокие учебные нагрузки, недостаток сна, неправильное питание, отсутствие физической активности и стрессовые ситуации.

Одной из основных причин астенического синдрома является хронический стресс. Учащиеся часто сталкиваются с высокими требованиями к учебной успеваемости, необходимостью совмещать учебу с работой, а также с социальными и личными проблемами. Все это может привести к хроническому стрессу, который, в свою очередь, вызывает утомляемость, раздражительность и снижение работоспособности.



Выявление вклада каждого фактора в индивидуальный профиль астении студента требует дальнейшего целенаправленного изучения и таргетной коррекции. Профилактика и лечение астенического синдрома у студентов требуют комплексного подхода, включающего изменение образа жизни, психологическую помощь и, при необходимости, медикаментозное лечение. Студентам рекомендуется употреблять сбалансированную пищу, богатую витаминами и микроэлементами, а также регулярно заниматься физической активностью. Это поможет улучшить общее состояние здоровья и повысить устойчивость к стрессам.

Психологическая помощь является важным компонентом профилактики и лечения астенического синдрома. Студентам рекомендуется обращаться за помощью к специалистам, которые могут помочь справиться с психоэмоциональными проблемами и научиться эффективным методам управления стрессом. Медикаментозное лечение астенического синдрома может включать прием витаминов, минералов и адаптогенов, которые помогают повысить общую устойчивость организма к стрессам. Одним из основных методов профилактики астенического синдрома является нормализация режима сна. Студентам рекомендуется соблюдать режим дня, избегать бессонных ночей и обеспечивать себе достаточное количество сна.

Заключение

Астения является очень важной проблемой, которая требует внимания и комплексного подхода к профилактике и лечению. Признаки астенического синдрома присутствуют у 73,2% студентов высших учебных заведений Кемеровской области. Самые распространённые типы астении: психическая астения (34,4%), пониженная активность (32%).



Источники и литература / Sources and referens:

1. Висмонт Ф.И. Патологическая физиология: учебник / Ф.И. Висмонт [и др.]; под ред. проф. Ф. И. Висмонта. -2-е изд., стер. Минск: Вышэйшая школа, 2019. 640 с.: ид.
2. Духанина А.О. Распространенность астенического синдрома среди студентов – медиков / А.О. Духанина, Е.Н. Чепелева // Молодежь и медицинская наука: материалы VII Всероссийской межвузовской научно- практической конференции молодых ученых с международным участием. Редколлегия: М.Н. Калинин [и др.]. Тверь. Гос. Мед. Ун-т, 2019. С. 196-199.
3. Котова О.В. Астенический синдром в практике невролога и семейного врача / О.В. Котова, Е.С. Акарачкова // РМЖ. 2016. Т. 24, № 13. С. 824-829.

СОЦИОКУЛЬТУРНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПРОБЛЕМЫ НАРКОМАНИИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Бакина А. А.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к. ист. н., доцент Г. В. Акименко

Аннотация. В данной статье рассмотрена проблема «омоложения» наркотической зависимости и выявлены основные причины употребления наркотических веществ. Выявлены этапы формирования наркотической зависимости и определены группы потребителей наркотиков в молодежной среде. Раскрыта актуальность проблемы профилактики наркотической зависимости в подростковой и молодежной среде.

Ключевые слова: подростки, молодежь, наркотики, наркотическая зависимость, профилактика наркотической зависимости.



SOCIOCULTURAL CONTENT OF THE PROBLEM OF DRUG ADDICTION AMONG YOUTH

Babkina A. A.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Akimenko G.V.

Abstract. This article examines the problem of «rejuvenation» of drug addiction and identifies the main causes of drug use. The stages of drug addiction formation have been identified and groups of drug users in the youth environment have been identified. The relevance of the problem of drug addiction prevention in the adolescent and youth environment is revealed.

Keywords: adolescents, youth, drugs, drug addiction, prevention of drug addiction.

Введение

В настоящее время проблема распространения и употребления психоактивных веществ среди несовершеннолетних, несмотря на активную антинаркотическую деятельность субъектов профилактики, перешла в разряд глобальных и приобрела особую актуальность, став очень острой социальной проблемой.

Объектом данного исследования являются подростки и молодежь в возрасте от 14 до 25 лет (так как они являются наиболее подверженной наркотизму социальной группой населения).

Предметом исследования являются условия, причины, факторы распространения и роста наркомании и токсикомании среди подростков и молодежи.



Цель исследования - выявление основных причин и тенденций роста наркомании и токсикомании как формы девиации в подростковой и молодежной среде в современных условиях и пути их преодоления.

Реализация поставленной цели предполагает решение следующих взаимосвязанных задач:

- определить основные тенденции употребления наркотических и токсических веществ в изучаемой среде;
- раскрыть структуру потребляемых наркотических веществ;
- выявить причины и факторы, способствующие употреблению наркотических веществ подростками и молодежью;
- охарактеризовать социально-демографическую группу риска, употребляющую наркотические и токсические вещества;

Основные тенденции употребления наркотических и токсических веществ в изучаемой среде

Неуклонное омоложение потребителей психоактивных веществ вызывает наибольшую тревогу медиков, педагогов и сотрудников правоохранительных органов. О неуклонном ее омоложении свидетельствуют масштабы и динамика ее распространения в нашей стране в последние десятилетия, прежде всего среди молодого поколения.

В 2005 году 13,9 % молодых людей в возрасте 11-24 лет регулярно употребляли наркотики. К 2011 году 20 % наркозависимых являлись школьниками, 60 % от всех зависимых приходилось на молодёжь в возрастном диапазоне от 16 до 30 лет. Были зафиксированы несколько случаев употребления наркотиков детьми 6-7 лет, которых приобщили родители-наркоманы. По данным исследования Российской академии наук 2016 года, 27 % зависимых начали употребление в старших классах, 45 % - в годы студенчества.



В некоторых регионах до 22 % опрошенных пробовали аптечные наркотики. По оценке социологов, при сохранении таких темпов роста наркотизации к 2060 году 80 % подростков и молодёжи могли бы стать потребителями наркотиков [1, с.19].

В 2016-2021 годах число несовершеннолетних наркопотребителей возросло более чем на 60 %. Исследователи «Трезвой России» отмечали, что при этом один наркозависимый только за год «втягивает» в потребление около 10 человек.

В 2020-х годах исследователи характеризовали стадию наркопотребления как скрытую, из-за интереса к различного рода психостимуляторам, позволяющим оставаться потребителям работоспособными хотя бы частично. Зачастую такие зависимые не обращаются в медицинские или социальные организации за помощью, а некоторым даже удаётся контролировать зависимость [2, с.237]. В результате реальные масштабы наркопотребления в России определить сложно, но, предположительно, наркорынок в стране продолжает расти. На это косвенно указывает рост конфискаций и смертности от синтетических препаратов [2, с.240].

В ноябре 2023 г. в России произошло крупнейшее за 20 лет отравление наркотиками: до 25 человек попали в больницы Астрахани из-за отравления метадонном. Таким образом можно утверждать, что «наркомания в России сегодня стала угрозой национальной безопасности государства» [3, с.19].

Причины и факторы, способствующие употреблению наркотических веществ подростками и молодежью

Целесообразно выделить ряд факторов, оказывающих непосредственное влияние не только на наркотическую ситуацию в стране, но и резкое увеличение количества молодых людей, являющихся потребителями наркотиков или уже больных наркоманией. К базовым факторам относят:



- экономическое/социальное неблагополучие общества;
 - противоречия и несогласованность в законодательстве;
- непоследовательное и неумелое воспитание, ослабление семейных связей, отсутствие родительского авторитета, неподготовленность родителей к проведению антинаркотического воспитания в семье. Наиболее важным фактором считаются асоциальные семьи с пьянством, криминалами родителей и жестоким отношением внутри семьи друг к другу;
- отсутствие налаженной системы в организации досуга детей и молодежи, развал системы детских и молодежных организаций;
- явная и скрытая реклама психоактивных веществ. Школьники в возрасте от 10 до 12 лет, например, под влиянием увиденных фильмов начинают играть в «наркоманов», а у многих подростков 13-17 лет складываются ложные представления о престижности наркомании. Это обусловлено существованием так называемой наркокультуры (музыка, фильмы и т.д.) [4, с.7];
- потерю жизненных ценностей, отсутствие позитивных идеалов;
- утрата профессиональных перспектив;
- доступность алкоголя и наркотиков;
- отсутствие понятий о ведении здорового образа жизни и его низкий рейтинг в системе социальных ценностей;
- криминогенную роль преступных наркотических сообществ;
 - Среди детей больных наркоманиями также существенно выше процент тех, кто имеет те или иные характерологические и поведенческие расстройства: повышенную возбудимость, агрессивность, склонность к депрессивным реакциям, что, в свою очередь, создает благоприятную почву для развития химической зависимости у, такого ребенка в будущем. Известно также, что употребление наркотиков женщиной во время беременности может стать



причиной рождения ребенка со сформированной наркотической зависимостью [4, с.11];

– низкую эффективность антинаркотического воспитания в учебных заведениях на фоне осведомленности детей и подростков о наркотических субкультурах и отсутствии знаний о пагубном влиянии психоактивных веществ.

Из этого следует, что все причины можно разделить на внутренние/психологические (характерные особенности психики молодого человека, которые формируются в семье, школе, группе сверстников), внешние/социальные (влияние друзей, наркокультура, жизненные трудности и проблемы) и медико-биологические (роль наследственной предрасположенности к химической зависимости).

Истоки данного явления носят социальный характер, и его последствия весьма многогранны. Под влиянием состояния напряженности и домашних конфликтов, неудач в учебе и жизненных трудностей, находясь в состоянии переходного возраста с его специфическими особенностями, которые часто усугубляются неправильным формированием личности, юноша или девушка тянутся к группе или к обществу более старших, поддаваясь уговорам испытать новые впечатления. Таким образом формируется социальная зависимость.

Психическая зависимость является устойчивой тенденцией подростка к аутотерапии, к стремлению избавиться от депрессивного или угнетенного состояния, напряженности без помощи врача, плохого самочувствия и это означает, что психологическая зависимость предполагает наличие психопатологической симптоматики различной степени выраженности. Следует подчеркнуть, что без учета специфики возраста невозможно изучение особенностей клиники, диагностики и профилактики наркомании в подростковом возрасте.



Все перечисленные факторы на фоне индивидуально-биологических, индивидуально-психологических и личностно-психологических причин приводят к значительной распространенности вредных привычек.

Существует распространенное мнение, что более подвержены алкоголизму, токсикомании, а в последующем и наркомании дети из социально неблагополучных семей, для которых характерны социальная изолированность, неудовлетворительные жилищные условия и безработица. Вопреки этому мнению в настоящее время высок риск наркотизации у детей и молодых людей из внешне благополучных состоятельных семей, где родители озабочены своим социальным положением, а часто возникающие конфликты между членами семьи создают психологическую напряженность и неблагоприятную обстановку. Родители-алкоголики или наркоманы - это всегда повышенный фактор риска злоупотребления алкоголем и наркотиками у детей [4, с.7].

Таким образом, наркомания среди молодежи в нашей стране представляется социально опасным явлением с тенденцией к неуклонному снижению возраста начала потребления и увеличения количества наркозависимых. Последствиями немедицинского употребления наркотиков являются: соматические осложнения, значительное сокращение продолжительности жизни, высокая смертность, утрата трудоспособности, преступность и беспризорность [5, с. 163].

Следует признать, что зависимость от психоактивных веществ перестала быть исключительно медицинской проблемой, связанной с выявлением, лечением и медицинской реабилитацией наркозависимых. В настоящее время это проблема социальная. На фоне пробелов в воспитании, слабой антинаркотической деятельности со стороны субъектов профилактики, злоупотребление наркотиками стало у молодых людей социально приемлемым. Все традиционные меры профилактического, разъяснительного и репрессивного



характера не достигнут цели. В сложившейся ситуации профилактическая работа должна быть направлена в первую очередь на активизацию, тренировку и развитие основных психологических механизмов, участвующих в формировании нравственной культуры личности, а также в формировании социальных навыков. [6, с. 21]

Структура потребляемых наркотических веществ

Алкоголь относится к группе психоактивных веществ и фактически является легальным наркотиком, потребление которого очень распространено. При этом исследователи признают алкоголь наиболее социально опасным наркотиком. Также легализован никотин, являющийся стимулятором, от которого ежегодно умирает 329 тысяч россиян.

В чем же состоит разрушающее действие наркотических средств? При всем своем разнообразии наркотики имеют ряд общих свойств, влияющих на здоровье и течение жизни.

1. Утрата жизненных ценностей. Это наиболее общее для любого наркотика свойство. Когда человек утрачивает саму свою суть – то, что делает его человеком – он теряет связь со всем миром и с жизнью. Главной целью жизни наркомана становится добыча новой дозы, и ему совершенно все равно, как она будет куплена: он готов на кражу, грабеж, убийство, он обманет и изобьет мать или ребенка – в его глазах все средства хороши.

2. Потеря семьи и тесных дружеских отношений. Не в силах терпеть нечеловеческое поведение наркомана родные и близкие зачастую отворачиваются от него. Все, что у него остается – это мимолетные знакомства с собратьями по «кайфу» [7].

3. Нарушение состояния здоровья. Степень и характер повреждения здоровья в большой степени зависит от вида наркотического вещества и способа его введения. Наиболее распространенная в России героиновая зависимость –



наиболее мощный разрушитель человеческого организма. Средняя продолжительность жизни такого наркомана не дотягивает до 30 лет – человек погибает от передозировки, которая случается в гонке за былой эйфорией, от инфекционных заболеваний (в том числе вирусного гепатита и ВИЧ), от цирроза печени, дистрофии клеток сердца, общего истощения.

Опиаты (героин, метадон, маковая соломка). Опиатные наркотики вызывают вымывание кальция из костей и зубов. В результате зубы у опиатных наркоманов быстро разрушаются. Обычно уже через 2–3 года от них остаются только торчащие черные корни. Наличие таких зубов у молодого человека может служить одним из признаков наркомании.

Каннабиноиды (Марихуана, анаша). Так называемые легкие наркотики, но их нельзя недооценивать. Дело в том, что марихуана очень часто становится малой ступенькой на пути к «большой наркомании»: молодежь, практикующая курение конопли, редко ограничивается только травкой – наступает момент, когда в группу молодых людей попадают более тяжелые наркотики. Препараты конопли имеют горький вкус и специфический резкий запах, наркоманы смешивают их с табаком, забивают в папиросы и курят. По этой причине большинство курильщиков конопли страдает хроническим бронхитом. Конопля действует токсично на весь организм, но в первую очередь она повреждает клетки головного мозга, в результате мышление наркомана через некоторое время становится похожим на мышление шизофреника.

Психостимуляторы (кокаин, амфетамин, экстази). При длительном употреблении происходит повреждение клеток головного мозга, что приводит к развитию психозов с бредом и галлюцинациями. Поведение больного становится похожим на поведение больного шизофренией. У многих развивается мания преследования. Больные теряют реальную связь с окружающим миром, что часто приводит к трагичным последствиям. Психостимуляторы «транжируют»



биологическую энергию в большом количестве. Поэтому при регулярном их приеме наступает психическое и физическое истощение, человек сильно худеет и стареет. Сердце не успевает восстанавливаться, что приводит к его истощению и увеличивает вероятность смерти из-за сердечной недостаточности и остановки сердца. Истощение нервной системы приводит к тяжелым депрессиям, которые часто заканчиваются самоубийством.

Галлюциногены (ЛСД, ядовитые грибы *Psilocybe*). На жаргоне наркоманов галлюциногены называются «кислота». Все галлюциногены в первую очередь повреждают головной мозг и разрушают психику. Очень быстро (обычно хватает одного года) наркоман становится похожим на больного шизофренией. Периодически его посещают психозы с паническим страхом, галлюцинациями, бредом преследования. «Любители» грибов часто погибают от отравления. Если наркоман не умирает раньше, то со временем он обычно прекращает прием галлюциногенов, так как превращается в слабоумного. Так как галлюциногены изменяют сознание, наркоманы ведут себя очень «неординарно» — совершают неадекватные поступки, прислушиваются к собственным галлюцинациям, смотрят на стене или в окне «мультики», бредят, разговаривают с «голосами». Речь бессвязная, мысли обрывочные, противоречивые.

Снотворно-седативные средства (феназепам, барбитал). При употреблении снотворно-седативных средств довольно быстро развивается поражение головного мозга, сердца, печени. Поражение головного мозга приводит к развитию у больного эпилептического синдрома - судорожных припадков с потерей сознания. Уже через год у больного могут начаться психозы с галлюцинациями и бредом. После прекращения приема снотворно-седативных средств развивается выраженная бессонница. Больные угрюмы, подавлены, раздражительны, могут быть агрессивны, не находят себе места.



Летучие наркотически действующие вещества (растворители, краска, клей «Момент», ацетон). Чаще всего эти растворители используют подростки, вдыхая их летучие пары. Прежде всего при употреблении этих наркотических веществ погибают клетки печени, головного мозга, легких. Происходят необратимые изменения в этих органах — цирроз печени и печеночная недостаточность, энцефалопатия и слабоумие, пневмония и пневмосклероз. Эти заболевания могут развиться уже через полгода-год при употреблении растворителей всего один раз в неделю. Все они могут стать причиной смерти. К необратимым изменениям может привести и однократное сильное отравление.

Часто случается так, что, надев мешок с растворителем на голову, токсикоманы теряют сознание и самостоятельно снять его уже не могут. В итоге, они задыхаются в ядовитых парах (так называемая «смерть в мешке»). Смерть может наступить также из-за рефлекторной остановки сердца и дыхания во время вдыхания концентрированных паров растворителя.

При регулярном употреблении летучих наркотических веществ лицо наркозависимого отекает, приобретает землистый цвет. Подростки отстают в развитии, теряют мыслительные способности вплоть до развития слабоумия.

Пути преодоления и профилактика

Демонизация наркотических веществ под утверждениями: «после первого раза ты уже станешь зависимым, и у тебя начнется ломка», «попробовав траву ты сразу же перейдешь на опиаты», «после первой же инъекции *название наркотика* ты начнешь гнить» или «наркотики превратят тебя в животное» не совсем действенный способ борьбы с наркоманией. На первый взгляд может казаться, что если хорошо запугать человека, то он не будет притрагиваться к веществам, на деле это не только не работает, но и приводит к противоположному эффекту. Те люди, что пробуют психоактивные вещества убеждаются на собственном примере, что та антипропаганда, которую он видел,



содержит в себе ложную информацию, а это подрывает доверие и к правдивой ее части. Пробуя наркотик, человек не получает ни ломки, ни зависимости (важно не путать это с аддиктивным поведением, проявляющимся в фиксации внимания, главная черта которого состоит в том, чтобы повторить пережитый опыт изменения сознания). Именно за счет этого человек воспринимает свой опыт как что-то безвредное и легкое, а самое опасное, что он может начать транслировать все это на свое окружение, которое после попадет в ту же самую ловушку. Как раз-таки эта легкомысленность влечет за собой серьезные последствия, в том числе и зависимость.

Стоит отметить, что употребление наркотических веществ в России – это одна из самых стигматизированных сфер общественных отношений. К наркозависимым общество относится заведомо предвзято. Наркозависимые получают в свой адрес множество нелестных и резких высказываний и подвергаются прямой дискриминации: «торчок», «наркоману нельзя верить», «солевой», «наркоманам важны лишь вещества», «наркоман просто не человек» эти убеждения закрепились в человеческом сознании с 90-х годов. Мало кто понимает, что наркотическая зависимость – это не вредная привычка, а настоящая болезнь. А человек с зависимостью – это не преступник в первую очередь, а пациент, наравне с больным раком, он также нуждается в помощи. К сожалению, наркофобия в профессиональных кругах носит системный характер, наркозависимым часто отказывают в получении медицинской помощи.

Лечение наркотической зависимости – это не просто длительное (не месяц и даже не год) нахождение в специализированном учреждении, это отказ от всего, к чему привык, радикальная смена образа жизни. Зачастую лечение подразумевает полный отказ от старого круга общения, переезд, смену деятельности, ежедневную работу над собой. Но даже если наркозависимый смог



найти в себе силы пройти лечение, то в глазах общества он все еще тот, кому нельзя верить, ведь «бывших наркоманов не существует».

Реальные масштабы наркопотребления в России определить достаточно сложно, ведь статистические данные содержат в себе информацию о тех, кто обратился за помощью в медицинскую организацию, на деле наркозависимых значительно больше. Из-за стигмы, наложенной на образ наркомана, и карательной наркополитики многие не могут открыто просить о помощи. Также ощущение страха и «прозрачности» наркозависимым (ему кажется, что все замечают его зависимость и осуждают) вынуждает его избегать всяческих контактов с окружающими, таким образом он еще больше лишает себя возможности получить помощь со стороны.

Из этого следует, что все традиционные меры профилактического, разъяснительного и репрессивного характера не достигнут цели. Профилактическая работа должна быть направлена в первую очередь на развитие и тренировку основных психологических механизмов, участвующих в формировании нравственной культуры личности, а также в формировании социальных навыков [6, с. 21]. Столь масштабная задача может быть решена путем общегосударственной системы комплексных мер предупредительного характера по противодействию злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в среде молодежи, которые предполагают:

- эффективное пресечение незаконного оборота наркотиков;
- дальнейшее развитие общегосударственной системы мер борьбы с наркоманией и наркопреступностью, разработку и внедрение профилактических антинаркотических программ в среде молодежи, ведь существующая система предполагает не помощь зависимым от веществ людям, а наказание за употребление или распространение наркотических веществ. Пребывание в заключении не лечит наркотическую зависимость



- дальнейшее совершенствование мер по выявлению групп риска с использованием различных методов (медицинских, психологических и т.д.), лечению и реабилитации лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических веществ, а также профилактическая работа с лицами различных групп риска по групповым и индивидуальным программам;
- совершенствование антинаркотической пропаганды. Предоставление четкой и доступной информации для детей, подростков, их родителей;
- привлечение государственных и негосударственных организаций, общественных объединений, физических лиц к участию в реализации целевых программ, направленных на предупреждение незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также их незаконного оборота;
- укрепление и совершенствование взаимодействия со средствами массовой информации;
- создание профессиональной системы подготовки специалистов в области профилактики и лечения наркомании.

Заключение

Исходя из всего выше сказанного, можно сделать вывод, что на сегодняшний день проблема употребления психоактивных веществ и их распространения среди молодежи перешла в разряд глобальных и приобрела особую актуальность в связи с неудовлетворительной изученностью ее специфики и профилактической работой. Процесс приобщения подростка к наркотическим веществам является системой отношений между подростком, семьей, обществом и наркокультурой. Сам подросток является субъектом, семья источником причин наркотизации, общество – это среда для развития наркотической зависимости, наркокультура – это инструмент приобщения подростка к веществам. Таким образом, здоровая семья является одним из самых



важнейших аспектов для социализации ребенка и профилактики наркотической зависимости. Профилактическая работа должна быть направлена в первую очередь на развитие и тренировку основных психологических механизмов, участвующих в формировании нравственной культуры личности, а также в формировании социальных навыков.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю., Акименко Г.В. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии. Дневник науки. 2020. № 8 (44). С. 10.
2. Позднякова М.Е., БРЮНО В.В. Изучение наркоситуации в России и за рубежом: сравнительный анализ // Россия реформирующаяся. 2019.
3. Силласте Г. Социальная безопасность личности, общества и государства // Безопасность Евразии. 2000.
4. Егоров А. Ю. Возрастная наркология. СПб.: Дидактика Плюс, М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. 272 с. (Серия: «Лечение зависимостей»)
5. Рублева, Т.Ю. К вопросу о влиянии употребления опиатов на когнитивные способности человека (память, внимание) и его учет при оказании помощи наркозависимым / Т.Ю. Рублева // Национальный и международный уровни противодействия наркоугрозе и взаимодействие в сфере реабилитации и ресоциализации наркопотребителей: сборник материалов XVIII международной научно-практической конференции. Красноярск: СибЮИ ФСКН России, 2015.
6. Рублева, Т.Ю. Психологическая профилактика химических зависимостей: учебное пособие. Красноярск: СибЮИ МВД России, 2018.
7. Завьялова Г.А. Социально-психологическая адаптация студентов первокурсников педиатрического факультета к самостоятельному проживанию в общежитии // Г.А. Завьялова, О.В. Шмакова, О.В. Головки / В сборнике: Актуальные проблемы высшего и среднего образования. материалы XV научно-



методической конференции с международным участием. Кемерово, 2023.
С. 152-156.

**ИЗУЧЕНИЕ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ
В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ**

Бабура Е. В.

*Психиатрическая больница №1 г. Макеевки
Минздрава России, Россия, ДНР, г. Макеевка*

Аннотация. В данной статье выявлен ряд тенденций аутентичности и установки на успешность преодоления стрессогенных факторов личности, переживающей кризисную военную ситуацию. Детально исследованы аспекты стрессовых воздействий. Проведена статистическая обработка данных.

Ключевые слова: посттравматические стрессовые состояния, аутентичность, жизнестойкость, самоотчуждение, адаптация.

**THE STUDY OF RESILIENCE IN PEOPLE AFFECTED
BY MILITARY OPERATIONS**

Babura E. V.

*Psychiatric Hospital No. 1 of Makeevka,
Ministry of Health of the Donetsk People's Republic,
Makeevka, Russia*

Abstract. In this article, using certain techniques and scales, some trends of authenticity and attitudes towards the success of overcoming stressful factors of a person experiencing a crisis military situation are revealed. The aspects of stress effects are studied in detail. Statistical data processing was carried out.

Keywords: post-traumatic stress conditions, authenticity, resilience, self-alienation, adaptation.



Введение

В мировой истории посттравматическая психопатология была известна под разными названиями после череды войн: солдатское сердце времен Гражданской войны, контузия Первой мировой войны, боевая усталость времен Второй мировой войны, отсроченный стресс времен войны во Вьетнаме, «афганский синдром».

В современном понимании синдром посттравматического стрессового расстройства представляет собой смесь навязчивых воспоминаний о травматическом событии, избегания напоминания о нем, эмоционального оцепенения и чрезмерного возбуждения. Хотя предполагается, что вызывающий стресс фактор находится «за пределами диапазона нормального человеческого опыта» и концептуализируется с опасными для жизни боевыми действиями в качестве модели, концепт посттравматических стрессовых состояний постоянно расширяется. В таком свете мы предположили, что базовые структуры личности – аутентичность и жизнестойкость – существенно изменяются под действием боевого травматического опыта и его последствий в виде посттравматический стрессовых реакций/состояний (ПТСС).

Идея найти и выразить свою истинную природу или быть аутентичным на протяжении веков превозносилась философами, социальными теоретиками и психологами [1]. Обратное, отрицание и подчинение своей реальной идентичности или недостоверность, изображалась в более негативном свете. Этот консенсус в отношении подлинности и неподлинности возможно проистекать из представления о том, что подлинность - это честный, а, следовательно, морально превосходящий способ существования.

Исследования также документируют, что подлинность полезна и положительно коррелирует с высокими уровнями самооценки,



психологического благополучия, положительных эмоций и другими показателями психосоциальной адаптации [2-5].

Трехфакторная модель аутентичности, предложенная А. Вудом в 2008 году, предписывает рассматривать данный феномен в виде таких составляющих, как аутентичная жизнь, отсутствие принятия внешнего контроля и самоотчуждения.

Было обнаружено что аутентичность отрицательно коррелирует с тревогой [6,7], стрессом [8], депрессией, а также положительно связана с удовлетворенностью жизнью [9,10]. Предполагается, что аутентичность является важным фактором, влияющим на жизнестойкость - способность личности выдерживать стрессовые ситуации, сохраняя при этом внутреннюю сбалансированность без снижения успешности деятельности. Поскольку аутентичное поведение имеет своим источником истинное «Я» человека, оно самоопределяется природой и ведет к улучшению психологической устойчивости.

Предполагается, что аутентичность является важным фактором, влияющим на жизнестойкость - способность личности выдерживать стрессовые ситуации, сохраняя при этом внутреннюю сбалансированность без снижения успешности деятельности. Поскольку аутентичное поведение имеет своим источником истинное «Я» человека, оно самоопределяется природой и ведет к улучшению психологической устойчивости, самоэффективности, внутренней мотивации.

Гипотеза исследования: аутентичность связана с оптимальным человеческим функционированием, способствующему как внутриличностному, так межличностному благополучию.



Объект

В исследовании приняло участие 44 респондента в возрасте от 21 до 60 лет. В зависимости от половой принадлежности, исследуемые были разделены на 2 группы: группа 1 - респонденты женского пола в количестве 18 человек (40,9%); группа 2 - респонденты мужского пола - 26 чел. (59,1 %). Причем первую группу составил медицинский персонал, а вторую - пациенты с дезадаптивными посттравматическими стрессовыми состояниями в рамках рубрики Международной классификации болезней 10-го пересмотра – Z55-Z65: «Потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами». Участие респондентов было добровольным.

Методы исследования

Русскоязычная версия «Шкалы аутентичности» А.Вуда в адаптации С.К.Нартовой-Бочавер [11], «Тест жизнестойкости» в адаптации Д.А.Леонтьева, Д.И. Рассказовой, лицензированный пакет компьютерных статистических программ IBM SPSS Statistics (версия 23.0, русскоязычная), при проведении сравнения использовались параметрические (t-критерий Стьюдента) и непараметрические (U-критерий Манна-Уитни) методы, а также корреляционный анализ (r Спирмена).

Результаты обследования и их обсуждения

Средний возраст респондентов в 1 группе составил 41,0 (Q1-Q3: 41,0-43,5; min-max: 31,0-51,0), а во второй - 31,0 (Q1-Q3: 21,0-41,0; min-max: 21,0-51,0).

Интерпретируя данные, было обнаружено, что субъективно на достаточном уровне оценивали свою аутентичность 100% испытуемых 1-ой группы, из которых у 10 чел. (55,6%) не отмечалось самоотчуждение и 14 чел. (77,8%) отрицали влияние внешнего источника на их жизнедеятельность. Во второй группе только 10 чел. (38,5%) воспринимали себя подлинно



аутентичными, 12 чел., (46,2%) принимали на себя внешнее влияние, что у 17 чел. (65,4%) способствовало самоотчуждению. Было обнаружено статистически значимое различие показателя «Аутентичная жизнь» в зависимости от пола, для женщин внутренняя стабильность «Я» и соотнесение себя с физической половой идентификацией составляют важную часть «истинного» существования.

Вовлеченность-умение ценить свое участие в повседневной деятельности, воспринимать ее как интересную-воспринималась 2-й группой респондентов как недостаточная (17 чел.-60,7%). Такая же тенденция наблюдалась и в отношении «Контроля» (установки на проявление жизненной активности) и «Принятия риска» (убежденность человека в независимо от обстоятельств полезный для себя личностный опыт) – по 12 чел. (46,2%) соответственно. В зависимости от половой принадлежности были установлены статистически достоверные различия. Мужчины более заинтересованы в процессах жизнестойкости, механизмах преодоления тяжелых жизненных ситуаций. Также мы предполагаем, что необходимость для 2-й группы испытуемых в оптимальной жизнестойкости продиктована реальными негативными переживаниями непосредственного соприкосновения с ситуациями военного времени, а также настоящим психическим статусом на уровне реактивной и невротической тревоги.

Проведенный корреляционный анализ показал, что между показателями аутентичности и жизнестойкости почти в каждой паре соотношений присутствует статистически значимая корреляция в общем срезе респондентов (n=44 чел.) и по групповому признаку.

При исследовании были выявлены некоторые парадоксальные закономерности и взаимосвязи в отношении аутентичности к жизнестойкости. Полученные корреляции позволяют утверждать об определенных тенденциях личности, переживающей кризисную военную ситуацию, переосмысливать



ценность собственной аутентичности и установки на успешность преодоления стрессогенных факторов.

Так значимо соотношение ($r=-0,62^{**}$) «Аутентичной жизни» со шкалой «Вовлеченность» как в общем, так и в групповом срезе, что указывает на важность осознания концепта «включенности» в жизнь, ощущения интереса и новизны. Связь «Аутентичной жизни» и «Контроля» ($r=-0,45^{**}$) содержательно показывает ценность собственной стратегии деятельности в независимости от результата, что определяет вовлечение внимания человека на процесс жизни, а не на ее исходы. Наличие значимой пары «Аутентичной жизни – Принятие риска» ($r=-0,58^{**}$) отражает необходимое наличие разнообразного житейского опыта для достойного раскрытия индивидуальных граней подлинного «Я».

В двух группах наблюдения результаты общей жизнестойкости и другие ее параметры были достаточно низкими, что поставило вопросы перед «реактивностью» аутентичности. Следуя логике и нашей первоначальной гипотезе, аутентичность должна ответить решительной дестабилизацией на недостаток жизнестойкости, и наоборот-стабилизироваться при высоких значениях последней, способствуя оптимальному функционированию. Мы же наблюдаем парадоксальный тренд, отрицательную корреляцию-низкая жизнестойкость удерживает аутентичность на средних показателях. В данном случае, мы предполагаем, что жизнестойкость, не оперируя первично смысловой и ценностной сферами, направлена у испытуемых, особенно мужского пола, на кратковременные перспективы и стратегии, ограниченные вопросами выживания «здесь и сейчас». Чем дольше человек прибывает в условиях кризиса военного времени, тем больше аутентичность подвергается колебаниям. Так испытуемые второй группы не ощущают достаточной жизнестойкости, способности самостоятельно выбирать – что снижает/блокирует чувство непрерывной подлинности «Я».



Важно уделить внимание взаимосвязи «Принятие внешнего влияния» со шкалами «Вовлеченность» ($r=-0,33^{**}$) и «Контроль» ($r=-0,35^{*}$) в их отрицательном значении корреляции, что согласуется между собой-при низком проявлении интереса к жизнедеятельности возрастает необходимость в получение одобрения социума вопреки подлинному проявлению.

Таким образом, текущее исследование показало, что в условиях существования и эскалации военного конфликта умение справляться со стрессовыми ситуациями, т.е. быть жизнестойким, брать на себя ответственность за процесс и накопление опыта – недостаточно, так не удовлетворяется вся полнота аутентичного существования человека в травматическом и посттравматическом периоде. Посттравматические стрессовые состояния в контексте неаутентичного функционирования характеризуются как состояния, способствующие неудачному выздоровлению личности. Специалисты должны признать, что дезадаптивные формы неаутентичного поведения в виде избегания, капитуляции часто является «клеем», который заставляет ПТСС длительно сохраняться, и лечение соответственно должно быть направлено на титрование терапевтического воздействия, чтобы облегчить привыкание к нему.

Практикующие врачи могут информировать пациентов о том, что существует много эффективных методов лечения ПТСС, и у многих пациентов возможна ремиссия. Вероятно, для поддержания достаточной аутентичности требуется новая поисковая активность или дополнительная актуализация смысловых конструктов по самоопределению, самоотношению. Видим перспективным исследование аутентичности в рамках феноменологической семантики, разрабатывая концепты: «аутентичность и чувственное познание», «аутентичность в ретроспективе жизненного пути», «аутентичность и экзистенциальная пустота».



В заключение добавим, что аутентичность - неотъемлемое качество полноценно функционирующей личности, гармоничности ее внутреннего мира. Утрата же аутентичности, напротив, отражает дисфункциональное состояние, невозможность эффективно противодействовать стрессу. Поэтому восстановление подлинного человеческого бытия (субъективно-личностное восстановление), переход от неаутентичного существования к аутентичному является фундаментальной задачей экзистенциально-личностной реабилитации больных с ПТСС. Из этого вытекает целесообразность при работе с этим контингентом использование психотерапевтических технологий, направленных на сохранение подлинной человеческой жизни, восстановление целостности личности и ее способности к самореализации.

Заключение

В статье стрессовые состояния (ПТСС) представлены в свете психологических феноменов внутренней жизни человека - аутентичности и жизнестойкости. Под гипотезой текущего исследования предполагается, что аутентичность в различных жизненных сценариях порождает психологическую адаптацию, тогда как неаутентичность имеет пагубные личные и межличностные последствия, особенно у лиц с выраженными посттравматическими стрессовыми состояниями.

В исследовании приняло участие 44 респондента в возрасте от 21 до 60 лет, которые были разделены на 2 группы: группа 1 - респонденты женского пола в составе медицинского персонала больницы в количестве 18 человек (40,9%); группа 2 - респонденты мужского пола с дезадаптивными посттравматическими стрессовыми состояниями в рамках рубрики Международной классификации болезней 10-го пересмотра (Z55-Z65) - 26 чел. (59,1 %).

Было показано, что в условиях существования и эскалации военного конфликта умение справляться со стрессовыми ситуациями, т.е. быть



жизнестойким, брать на себя ответственность за процесс и накопление опыта - недостаточно, так не удовлетворяется вся полнота аутентичного существования человека в травматическом и посттравматическом периоде. Посттравматические стрессовые состояния в контексте неаутентичного функционирования личности характеризуются как состояния, способствующие неудачному ее выздоровлению. Для поддержания достаточной аутентичности требуется новая поисковая активность или дополнительная актуализация смысловых конструктов по самоопределению, самоотношению, направленных на сохранение подлинной человеческой жизни, восстановление целостности личности и ее способности к самореализации.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Robinson O.C., Lopez F.G., Ramos K., Nartova-Bochaver S. Authenticity, social context, and well-being in the United States, england, and Russia: a three country comparative analysis. J. Cross Cult. Psychol. 2012.
2. Erickson R.J., Whatron A.S. Inauthenticity and depression. Work Occup. 1997; 24: 188-213.
3. Goldman B.M., Kernis M.H. The role of authenticity in healthy psychological functioning and subjective well-being. Ann. Am. Psychother. Assoc. 2002; 5: 18-20.
4. Harter S. Authenticity. In: Snyder C.R., Lopez S.J., editors. Handbook of Positive Psychology. Oxford University Press; New York, NY US: 2002; 382-394.
5. Schlegel R.J., Hicks J.A., Christy A.G. The eudaimonics of the true self. In: Vitters J., editor. Handbook of Eudaimonic Well-Being. Springer; 2016; 205-213.
6. Kernis M.H., Goldman B.M., Zanna M.P. A multicomponent conceptualization of authenticity: theory and research. Advances in Experimental Social Psychology Elsevier Academic Press; San Diego, CA US. 2006; 38: 283-357.



7. Ryan R. M., LaGuardia J. G., Rawsthorne L. J. Self-complexity and the Authenticity of self-aspects: effects on well being and resilience to stressful events. N. Am. J. Psychol. 2005; 7: 431-448.

8. Wood A. M., Linley P. A., Maltby J., Baliouis M., Joseph S. The authentic personality: a theoretical and empirical conceptualization and the development of the authenticity scale. J. Couns. Psychol. 2008; 55: 385-399. 10.1037/0022-0167.55.3.385.

9. Sheldon K. M., Ryan R. M., Rawsthorne L. J., Plardi B. Trait self and true self: cross-role variation in the big-five personality traits and its relations with psychological authenticity and subjective well-being. J. Pers. Soc. Psychol. 1997; 73: 1380-1393. 10.1037/0022-3514.73.6.1380.

10. Kernis M. H., Goldman B. M. A multicomponent conceptualization of authenticity: theory and research. Adv. Exp. Soc. Psychol. 2006; 38: 283-357. 10.1016/S0065-2601(06)38006-9.

11. Бардадымов В.А. Аутентичность личности подростков на разных стадиях аддиктивного поведения: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.; 2012.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ВОЕННЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ

Белов Д. А., Ооржак С. О., Помыткина Т. Е.

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В данной статье рассматривается расстройство психического здоровья человека как следствие военных действий, дается его характеристика, причины возникновения, особенности клинической картины, распространенность.



Ключевые слова: военные действия, психическое расстройство, этиология, характеристика, клиническая картина.

MENTAL DISORDERS CAUSED BY MILITARY ACTIONS

Belov D.A., Oorzhak S.O., Pomytkina T.E.

Department of Outpatient Therapy

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. This article examines mental health disorders as a consequence of military actions, provides its characteristics, causes, clinical features, and prevalence.

Keywords: military actions, mental disorder, etiology, characteristics, clinical picture.

Введение

Войны всегда сопровождаются массовой гибелью людей, ухудшением экономической ситуации в стране, страданиями мирного населения, увеличением беженцев и переселенцев. Военные действия подразумевают под собой экстремальную, кризисную ситуацию, сопровождающуюся постоянным стрессом людей. Человек субъективно воспринимает данную ситуацию, как угрожающую его жизни, здоровью, благополучию, как самого человека, так и окружающим его близким людям [3, с. 185].

Цель исследования: изучение основного психического расстройства, обусловленное боевыми действиями.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования являлось изучение психических расстройств в условиях военного времени. Основным методом исследования был выбран библиографический: анализ опубликованных современных статей, теоретической литературы о психических расстройствах, связанных с боевыми



действиями, также были использованы клинические рекомендации по боевому стрессовому расстройству.

Результаты и обсуждение

Стрессовый синдром является ключевым в таких понятиях как боевое стрессовое расстройство и боевое посттравматическое стрессовое расстройство. Но чем они отличаются друг от друга? Для этого дадим определение каждому из понятий.

Боевое стрессовое расстройство –это различные хронические или острые психические нарушения, возникающие из-за воздействия на психику человека стресс-факторов боевой обстановки и ведущие к снижению боеспособности и социальной дизадаптации [5, с. 9].

Боевое посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) - это затянувшееся или отсроченное психическое расстройство или нарушение, возникающее также от различных факторов боевых действий [5, с. 10]. По изученной статистике заболеваний, связанных с военными действиями данное расстройство встречается наиболее часто и достигает до 50% от всех психических расстройств, возникших в данных условиях.

Этиология ПТСР складывается из 3 основных групп: экзогенный психотравмирующий фактор чрезвычайного характера, наследственность и предрасположенность к стрессу, психологические и биологические факторы личности [2, с. 5].

Если разобраться, то каждый из направлений не такой и сложный для понимания. Экзогенный психотравмирующий фактор не нуждается в объяснении. Фактор наследственности и предрасположенности к стрессу: некоторые люди сами того не зная, имеют скрытое течение психических расстройств наследственного или стрессового характера и во время военных действий данные расстройства начинают проявлять себя различной клинической



картиной, также клиническая картина у разных индивидуумов с одним заболеванием может различаться. Самая емкая и наиболее интересная группа - это психические и биологические факторы, к ним относят женский пол, молодой возраст или же наоборот пожилой, синдром зависимости алкогольной или наркотической, низкий уровень образования, эмоциональная неустойчивость, довоенные детские травмы и многое другое [5, с. 9].

Основная симптоматика ПТСР:

- Повторяющиеся переживания травмирующего события (сны, яркие воспоминания, флешбэки)
- Человек, избегает действий или ситуация, которые напоминают о травме (отрешенность, невосприимчивость)
- Чрезмерное физиологическое возбуждение (бессонница, повышенная реакция испуга) [1, с. 10].

Также у пациентов с ПТСР можно обнаружить следующие симптомы:

- Психогенная амнезия (отсутствие памяти в период стресса, она бывает частичной или полной).
- Формируются депрессивные переживания, возможно формирование тревожности.
- Постоянное напряжение внутреннее, в котором находится пострадавший (обостряется инстинкт самосохранения).
- Различные нарушения сна (кошмары, бессонница, расстройства дыхания во сне, галлюцинации).
- Нарушения памяти, запоминания, когнитивные нарушения, затруднения концентрации внимания на отдельных вещах, из-за этого тяжело воспроизвести услышанное или увиденное.



- Повышенный рефлекс так называемого четверохолмия (световые, зрительные, тактильные, слуховые) может легко на эти раздражители произойти вздрагивание, подсакивание, вскрикивание.

- Постоянное избегание триггеров, связанных с травмой (не смотри фильмы о военных действиях, не ходит на парад, в парки, сады, где находится боевая техника) [4, с. 8].

Диагностика данных пациентов не затруднена. Родственники, которые находятся рядом с участниками военных действий, сразу отмечают изменение в их поведении, так как симптомы довольно специфичны и не встретишь их у здорового человека в реальной жизни.

ПТСР имеет коморбидность, то есть, когда военные возвращаются к своей обычной мирной жизни и клинические проявления данного заболевания прогрессируют на фоне нового стресса, то это заболевание приводит в последствии к вторичным нарушениям неврологического, поведенческого и даже социального характера (проблемы в обществе). Такие люди часто одиноки, не могут найти себе работу в мирной жизни и возвращаются обратно [4, с. 9].

Лечение посттравматического стрессового расстройства проходит различными группами препаратов:

- Транквилизаторы. Наиболее часто назначаются феназепам и диазепам.
- Антидепрессанты. Ослабляют такие симптомы как депрессия, тревога и чувство вины.
- Глюкокортикостероиды (гидрокортизон способен влиять на симптоматику ПТСР). Выраженный эффект отмечен при использовании данного препарата для профилактики стрессовых расстройств.



- Антипсихотики. Рекомендуются пациентам в случае коморбидности расстройства, или если присутствует резистентность к другим лекарствам [5, с. 65].

Заключение

В заключение хотелось бы отметить, что избежать посттравматического стрессового расстройства достаточно сложно, так как каждый день организм подвергается стрессу. Но не стоит забывать, что можно это расстройства профилактировать приемом препаратом или же абстрагированием от ситуации, хотя это достаточно сложно. Лечение ПТСР разработано, имеется 3 линии препаратов, главное вовремя обнаружить первые симптомы и обратиться к специалистам.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Бабура Е. В. Ситуация боевого травматического стресса: когнитивная репрезентация и интенсивность клинических последствий // Военная и тактическая медицина, медицина неотложных состояний. 2024. № 2 (13). С. 15–27.
2. Абрамов В. А., Абрамов А. В., Бабура Е. В., Пацкань И. И. Боевой экстремальный стресс как предиктор боевой психической травмы – острого травматического стрессового расстройства // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2023. № 2 (62). С. 4–13.
3. Захарова Н. М., Цветкова М. Г. Психические и поведенческие нарушения у мирного населения региона, подвергшегося локальным военным действиям // Психология и право. 2020. Т. 10, № 4. С. 185–197.
4. Клинические рекомендации – Посттравматическое стрессовое расстройство – 2023-2024-2025 (28.02.2023) – Утверждено Минздравом РФ / Общественная организация «Российское общество психиатров» [Электронный ресурс]. URL: 1267_kr23f43p1mz.pdf (дата обращения 17.09.2024г.)



5. Костюк Г. П., Резник А. М. Психические расстройства у участников и ветеранов боевых действий (условия и механизмы развития, клинические проявления, подходы к оказанию психиатрической помощи, лечение). М.: Изд-во ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», 2022. 172 с.

АРТ-ТЕРАПИЯ, КАК ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Березка Р. Г.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – Яковлев А. С.

Аннотация. В данной статье будут освещены несколько ключевых тем, которые помогут глубже понять суть арт-терапии и ее место в психотерапевтической практике. В первую очередь, будет рассмотрено понятие арт-терапии и ее история, что позволит установить контекст и понять, как развивались идеи, лежащие в основе этого направления.

Ключевые слова: арт-терапия, история развития арт-терапии, психологическая коррекция.

ART THERAPY AS A PSYCHOTHERAPEUTIC DIRECTION IN PSYCHOLOGICAL CORRECTION

Berezka R.G.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Yakovlev A. S.

Abstract. This article will cover several key topics that will help to better understand the essence of art therapy and its place in psychotherapeutic practice. First



of all, the concept of art therapy and its history will be considered, which will allow us to establish the context and understand how the ideas underlying this direction developed.

Keywords: art therapy, history of art therapy development, psychological correction.

Психологическая коррекция характеризуется деятельностью, направленной на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия. Основной задачей психологической коррекции также является формирование личностных качеств для адаптации и социализации к окружающей среде.

Практически все существующие направления психотерапии занимаются изучением кризисных состояний и помощью в кризисных ситуациях [5, с.9].

Арт-терапия является одним из направлений терапии искусством, наряду с такими направлениями как музыкальная терапия, танцевально-двигательная терапия и драматерапия. Все они используют творческую активность пациентов как фактор лечебно-профилактического воздействия, но с преимущественной опорой на одну из модальностей, с помощью которой пациенты творчески выражают себя, - изобразительное искусство, музыку, движение и танец или искусство театра. Соответственно имеются специалисты, осуществляющие свою работу с использованием этих модальностей – арт-терапевты, музыкальные терапевты, танцевально-двигательные терапевты и драматерапевты [4, с.31].

Актуальность данной работы обусловлена тем, что в современном мире, где темп жизни постоянно ускоряется, а уровень стресса возрастает, многие люди ищут альтернативные способы справиться с эмоциональными трудностями. Арт-терапия, благодаря своей доступности и универсальности,



становится все более популярной как среди профессиональных психологов, так и среди широкой аудитории. Этот метод позволяет не только выразить свои чувства и переживания, но и способствует глубокому осмыслению личных проблем, что в свою очередь ведет к самопознанию и развитию. Важно отметить, что арт-терапия может быть использована как в индивидуальной, так и в групповой работе, что расширяет ее возможности и делает ее подходящей для различных категорий пациентов.

Арт-терапия представляет собой уникальный метод психотерапевтической и психокоррекционной работы, основанный на использовании творческих процессов, таких как рисование, музыка, театрализованные действия и другие формы художественного выражения. Эффективность арт-терапии заключается в возможности преодолеть вербальные барьеры, позволяя пациентам выразить свои чувства и переживания, которые могут быть трудны для словесного формирования. На этом этапе важно рассмотреть, как сложилась такая форма терапии, её развитие и применение в различных контекстах.

Истоки арт-терапии восходят к более ранним формам использования искусства в лечении. В античных цивилизациях, включая Древний Египет и Грецию, искусство служило не только средством красоты, но и способом коммуникации с богами и понимания внутреннего мира. Образы, высеченные на стенах храмов, статуи и ритуальные атрибуты использовались для исцеления душевных недугов или церемоний, направленных на укрепление психоэмоционального состояния.

С течением времени, в начале XX века, интерес к связи между искусством и психическим здоровьем усилился благодаря работам таких личностей, как Карл Густав Юнг и Зигмунд Фрейд. Термин арт-терапия ввел художник Адриан Хилл в сороковых годах XX века при описании своей работы с больными в санатории. Арт-терапия отражает психоаналитические идеи З. Фрейда и



К. Юнга. С точки зрения З. Фрейда рисунок выражает неосознаваемые психические процессы. К. Юнг полагал, что искусство в значительной степени облегчает процесс индивидуализации саморазвития личности. В. Ловенфельд, Е. Кейн заложили основы для создания техник арт-терапевтической работы с детьми. Они рассматривали искусство рисования как техника развития эмоциональной и познавательной сферы ребенка.

Важным моментом в становлении арт-терапии стало её признание в медицинских и психологических кругах. В 1960-х годах в США стали появляться профессии арт-терапевтов, что способствовало внедрению данного подхода в различные сферы – от клинической психологии до образования. В это же время в мире возникли многочисленные организации и ассоциации, посвященные арт-терапии, что помогло стандартизировать практику и подготовку специалистов.

Отечественный опыт применения арт-терапии описан в работах М.Ю. Алексеевой, Л.Д. Лебедевой, А.В. Гришиной. Они включали элементы арт-терапии в педагогику как развивающее средство обучения. В специальном образовательном учреждении арт-терапию как средство коррекционного воздействия на развитие аномальных детей применяли Е. А. Медведева, И.Ю. Левченко и др.

Современные психологи (М. С. Вальдес Одриосола, А.Г. Московкина 2016) [1] применяющие в коррекционной работе арт-терапию, рекомендуют интегрировать разные формы искусства. По мнению психологов, переход от одной формы арт-терапии к другой позволяет раскрыть новые грани создаваемых образов. Киселева, М. В., Кулганов В. А. (2014) в своей работе [2] рассматривают арт-терапию как средство, помогающее осуществить самоидентификацию и обеспечивающее путь для проявления чувств. В процессе арт-терапии психолог строит отношения таким образом, чтобы ребенок делился



своими ощущениями, возникающими при изотерапии. В результате ребенок начинает лучше осознавать себя.

На развитие арт-терапии оказали влияние и социальные волнения, такие как войны и конфликты. Психологам потребовалось разрабатывать методы, помогающие людям справляться с переживаниями, вызванными травматическими событиями. В этом контексте арт-терапия показала свою эффективность, позволяя создавать пространство для безопасного самовыражения и переосмысления травматического опыта.

Сегодня арт-терапия используется в различных организациях, начиная от больниц и клиник до центра психического здоровья и детских учреждений. Она находит применение в работе с широким спектром клиентов: от детей с эмоциональными и поведенческими трудностями до взрослых с диагнозами ПТСР, депрессией и тревожными расстройствами. Арт-терапия обеспечивает возможность работы с различными аспектами человеческой жизни: идентичностью, самооценкой, межличностными отношениями и копинг-стратегиями.

На современном этапе арт-терапия продолжает развиваться, обогащаясь новыми техниками и подходами, интегрируя в свою практику методики других психологических направлений. Применение цифровых технологий и новых медиаплатформ открывает дополнительные возможности для творческого самовыражения, что делает арт-терапию ещё более доступной и универсальной.

Арт-терапия рассматривается как дополнительный инструмент, который может значительно усилить терапевтический процесс. Использование искусства в психотерапии не только способствует лечению, но также развивает творческие способности, помогает наладить внутренний диалог и осознать свои чувства и эмоции.



Таким образом, история арт-терапии демонстрирует многогранность и адаптивность этого подхода в психотерапии. Зачастую она становится не просто средством лечения, а мощным ресурсом для личностного роста, самовыражения и психоэмоционального оздоровления. Изучение и применение арт-терапии продолжает оставаться актуальным, что подтверждается растущим интересом как со стороны профессионалов в области психологии, так и со стороны широкой общественности.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Арт-терапия в условиях современных вызовов // Акименко Г.В., Белеза Е.В., Бергер Р., Боровикова З.В., Головки О.В., Голоденко О.Н., Гукина Л.В., Зыкова С.О., Иванова А.В., Изосимова С.А., Карпендейл М.Д., Капица А.А., Кара Ж.Ю., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Кувшинов Д.Ю., Кутлер К.А., Ладущкин С.И., Лопатин А.А., МакНифф Ш. и др. Москва, 2023.
2. Алмагамбетова А.А., Акименко Г.В., Яковлев А.С. Возможности арт-терапии в системе реабилитации пациентов с пограничными расстройствами личности. Дневник науки. 2023. № 5 (77).
3. Копытин, А. И. Современная клиническая арт-терапия: учебное пособие / Копытин А. И. Москва: Когито-Центр, 2015. 526 с.
4. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения // Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022.
5. Рекунова М. П. Арт-терапия как метод исследования и инструмент психологической коррекции кризисных состояний подростков / М. П. Рекунова. - Текст: непосредственный // Молодой ученый. 2023. № 14 (461). С. 280-282.



КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ

Буданова А. А.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Краснодар

Научный руководитель – Бойко Е. О.

Аннотация. Употребление психоактивных веществ (ПАВ) больными с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра сопряжено со следующими сложностями: зачастую коморбидно протекающие заболевания вызывают сложности при дифференциальной диагностике ввиду сходной клинической картины психотического состояния, утяжеляют течение друг друга, с чем связаны частое рецидивирование и увеличение количества госпитализаций. Общая выборка исследования (n=158) сформирована из мужчин в возрасте 18-40 лет. Пациенты разделены на две группы: основную группу (ОГ) составили пациенты с коморбидной патологией (n=75), контрольную группу (КГ, n=83) – только с психиатрическим диагнозом. В работе использовались психопатологический, лабораторный, статистический методы. В данном исследовании представлены клиничко-динамические различия у пациентов с расстройствами шизофренического спектра и шизофренией на фоне употребления синтетических психостимуляторов в сравнении с изолированным психиатрическим диагнозом.

Ключевые слова. шизофрения, расстройства шизофренического спектра, синтетические психостимуляторы, коморбидная психическая и наркологическая патология.



**CLINICAL AND DYNAMIC FEATURES
OF SCHIZOPHRENIA IN PATIENTS DUE TO THE USE
OF SYNTHETIC PSYCHOSTIMULANTS**

Budanova A. A.

Kuban State Medical University, Russia, Krasnodar

Scientific Supervisor – E. O. Boyko

Abstract. The use of psychoactive substances by patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders is associated with the following difficulties: comorbid diseases often cause difficulties in differential diagnosis due to a similar clinical picture of the psychotic state, aggravate each other, which is associated with frequent recurrence and an increase in the number of hospitalizations. The total sample of the study (n=158) was formed from men aged 18-40 years. The patients were divided into two groups: the main group consisted of patients with comorbid pathology (n=75), the control group, n=83 – only with a psychiatric diagnosis. Psychopathological, laboratory, and statistical methods were used in the work. This study presents clinical and dynamic differences in patients with schizophrenic spectrum disorders and schizophrenia against the background of the use of synthetic psychostimulants in comparison with an isolated psychiatric diagnosis.

Keywords: schizophrenia, schizophrenic spectrum disorders, synthetic psychostimulants, comorbid mental and narcological pathology.

Введение

Психические заболевания часто коморбидны аддиктивным расстройствам [1]. Имеются сведения, что среди больных шизофренией 41,7% употребляют психоактивные вещества в различных вариантах от эпизодического пагубного употребления до синдрома зависимости. Сочетание двух одновременно развивающихся заболеваний влияет на клиническую картину каждого из них не



по пути простого суммирования клинических проявлений, а по пути развития влияния в виде синергизма или антагонизма патологических процессов, когда невозможно отделить клинические проявления одного заболевания от другого [2]. Вследствие чего обнаруживаются диагностические сложности при постановке диагноза – чаще всего у больных шизофренией часто просматривается и пренебрегается врачами диагноз коморбидного наркологического заболевания, что влечет за собой дальнейшие проблемы, влияющие на качество оказания специализированной помощи, т.е. затрудняющие процесс терапии и выхода в длительные качественные ремиссии [3, 4].

Таким образом, изучение преморбидных клинико-динамических особенностей у пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на фоне употребления синтетических психостимуляторов в сравнении с пациентами с изолированным психиатрическим диагнозом является актуальным направлением исследовательской работы с целью облегчения дифференциальной диагностики, повышения эффективности терапии коморбидных нозологий [5].

Цель исследования заключается в изучении клинико-динамических показателей пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на фоне употребления синтетических психостимуляторов.

Объекты и методы исследования

Общая выборка исследования (n=158) сформирована из мужчин в возрасте 18-40 лет, подписавших информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Основную группу (ОГ) составили пациенты с коморбидной патологией (n=75), у которых в соответствии с критериями МКБ-10 диагностированы заболевания с шифрами: F20, F21, F25; F15, F19, необходимо отметить, что факт употребления психостимуляторов был подтвержден данными



объективного анамнеза и лабораторными методами исследования. В контрольную группу (КГ, n=83) входили пациенты только с психиатрическим диагнозом.

К критериям исключения из научного исследования относятся ранее установленные диагнозы по МКБ-10: F00-F09; F22; F24; F28; F29; F30-F39; F60-F69; G40; острые или обострение хронических соматических и неврологических заболеваний, препятствующих участию в исследовании; онкологические и системные заболевания; положительный анализ на RW, HIV; отказ от участия в научном исследовании.

Использованы психопатологический, лабораторный (ХТИ биологических жидкостей, ОАК, ОАМ, БХ крови, анализы на RW, ВИЧ, HIV), статистический (программа StatTech v. 3.1.6) методы исследования. Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской Декларации ВМА и одобрена этическим комитетом ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ (протокол № 125 от 12.09.2023г.).

Результаты и их обсуждение.

При сравнительном анализе по установленным диагнозам психического заболевания выявлены статистически достоверные различия ($p=0,029$) между ОГ и КГ (Таблица 1).

Можно предположить, что синдром зависимости чаще формируется у лиц с более благоприятными вариантами течения расстройств шизофренического спектра исходя из следующих данных: у пациентов с коморбидной патологией по сравнению с пациентами с изолированным психиатрическим диагнозом реже встречается диагноз F 20.00, а также F 20.09. Преобладают пациенты с диагнозами F 21.3, F 21.4, F 25.2. Длительность варьировала до 5 лет (Таблица 2). Достоверных различий между ОГ и КГ не определено ($p > 0,05$). То есть, у



подавляющего большинства пациентов этот период наблюдался, но лишь немногие обращались за помощью к психиатру.

Можно предположить, что синдром зависимости чаще формируется у лиц с более благоприятными вариантами течения расстройств шизофренического спектра исходя из следующих данных: у пациентов с коморбидной патологией по сравнению с пациентами с изолированным психиатрическим диагнозом реже встречается диагноз F 20.00, а также F 20.09. Преобладают пациенты с диагнозами F 21.3, F 21.4, F 25.2. Длительность варьировала до 5 лет (Таблица 2). Достоверных различий между ОГ и КГ не определено ($p > 0,05$). То есть, у подавляющего большинства пациентов этот период наблюдался, но лишь немногие обращались за помощью к психиатру.

Таблица 1.

Различия в установленных психиатрических диагнозах
в сравнении в группах

Диагноз	Основная группа Абс (%)	Контрольная группа Абс (%)	p
F 20.00 Шизофрения параноидная, непрерывный тип течения	38 (50,7)	52 (62,7)	0,029*
F 20.01 Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения	9 (12,0)	8 (9,6)	
F 20.09 Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года	8 (10,7)	16 (19,3)	
F 21.3; F 21.4 Шизотипическое расстройство (неврозоподобная/психопатоподобная шизофрения)	8 (10,7)	3 (3,6)	
F 25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип	12 (16,0)	4 (4,8)	
Всего, N	75 (100)	83 (100)	

**Используемый метод: Хи-квадрат Пирсона*



Таблица 2.

Длительность продромального периода до манифестации психического заболевания в сравнении в группах

Показатель	Основная группа	Контрольная группа	p
	Абс (%)	Абс (%)	
Острое начало	7 (9,3)	16 (19,3)	0,232*
До 12 месяцев	11 (14,7)	8 (9,6)	
От 1 года до 3 лет	23 (30,7)	21 (25,3)	
От 3 лет до 5 лет	11 (14,7)	18 (21,7)	
Нет данных	23 (30,7)	20 (24,1)	
Всего, N	75 (100)	83 (100)	

**Используемый метод: Хи-квадрат Пирсона*

Для более детального изучения динамики расстройств пациентов мы обратили внимание на такой параметр, как «Обращение к психиатру до манифестации психического заболевания» (Таблица 3). Выявлено, что обращались к врачу-психиатру 20 пациентов из общей выборки (12,7%). В основном зарегистрированы обращения в детском и подростковом возрасте на основании жалоб на психопатологические нарушения (фобические расстройства, единичные галлюцинации, отрывочные несформированные идеи преследования, нарушения поведения, депрессивные расстройства). Достоверно чаще обращались к врачу пациенты контрольной группы. Анализируя полученные результаты, можно предположить, что пациенты с «двойным диагнозом» тоже страдали от различных психопатологических симптомов, но на фоне употребления психостимуляторов их проявления стирались или принимались как последствия злоупотребления ПАВ. Таким образом, лица с коморбидной наркологической и психиатрической нозологией не попадали в поле зрения психиатров вплоть до развития психотического состояния.



Таблица 3

Обращение к психиатру до манифестации психического заболевания в
сравнении в группах

Категория	Основная группа	Контрольная группа	p
	Абс (%)	Абс (%)	
Нет	70 (93,3)	68 (81,9)	0,031*
Да	5 (6,7)	15 (18,1)	
Всего, N	75 (100)	83 (100)	

**Используемый метод: Хи-квадрат Пирсона*

Результаты сравнения пациентов ОГ и КГ по наличию группы инвалидности представлены в Таблице 4. Прослеживается тенденция: в основной группе инвалидность была установлена в 22,6% случаев, пациентов со второй группой было меньше, а с третьей – больше. В группе контроля была обратная закономерность: инвалидность установлена в 37,4% случаев. Преобладали пациенты со второй группой инвалидности, третья группа представлена меньше. Обнаруженные различия между группами можно считать статистически достоверными, $p=0,005$. Вышеизложенные данные коррелируют с ранее высказанным предположением о том, что синдром зависимости чаще сочетается с более благоприятными вариантами течения заболеваний шизофренического спектра.

Таблица 4.

Наличие инвалидности в сравнении в группах

Инвалидность	Основная группа	Контрольная группа	p
	Абс (%)	Абс (%)	
Нет	58 (77,3)	52 (62,7)	0,005*
Вторая группа	4 (5,3)	20 (24,1)	
Третья группа	13 (17,3)	11 (13,3)	
Всего, N	75 (100)	83 (100)	

**Используемый метод: Хи-квадрат Пирсона*



Результаты изучения клинико-динамических показателей у лиц с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на фоне употребления синтетических психостимуляторов в сравнении с лицами с изолированной психической патологией: у пациентов с «двойным диагнозом» достоверно чаще встречались диагнозы F21, F25 (шизотипическое расстройство, шизоаффективное расстройство); реже – F20 (шизофрения параноидная, непрерывный тип течения, период наблюдения менее 1 года); реже обращались к психиатру до манифестации психического заболевания; чаще устанавливалась третья группа инвалидности в сравнении с пациентами контрольной группы, для которых более характерна вторая группа инвалидности. Вышеперечисленные аргументы доказывают, что синдром зависимости чаще сочетается с более благоприятными формами расстройств шизофренического спектра.

Заключение

Результаты, полученные в ходе исследования клинико-динамических особенностей у пациентов с двойным психо-наркологическим диагнозом в отличие от пациентов с изолированной психиатрической патологией, позволят более точно проводить их дифференциальную диагностику, что напрямую влияет на течение заболевания, терапию и дальнейший прогноз. Диагностика как коморбидных, так и изолированных расстройств должна быть максимально индивидуализированной. Диагностические подходы должны основываться на структурно-динамическом анализе и тщательно собранном анамнезе.

Фокус внимания необходимо держать на следующих показателях: медико-биологических, социо-демографических и клинико-динамических. По установленным диагнозам психического заболевания между группами были выявлены различия. В основной группе было меньше пациентов с диагнозом шизофрения параноидная, непрерывный тип течения, а также с периодом наблюдения менее 1 года. Преобладали пациенты с диагнозами шизотипическое



расстройство, шизоаффективное расстройство. Пациентов с диагнозом шизофрения параноидная эпизодический тип течения в группах было приблизительно одинаковым. Эти данные говорят о том, что синдром зависимости чаще сочетается с более благоприятными вариантами течения заболеваний шизофренического спектра.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Добровольская А.Е., Софронов А.Г., Пашковский В.Э., Тявокина Е.Ю. Шизофрения, отягощенная аддиктивными расстройствами: учебное пособие. СПб: СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. 48 с.
2. Danilewitz M., Bahji. A. Opioid Use Disorder Comorbidity in Individuals with Schizophrenia-Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Canadian Journal of Addiction*. 2021.12(4):26-37.
3. Дубатова И.В., Стоякин И.В., Карнаух К.А., Сафроненко А.В. Структурно-динамический анализ клинических проявлений и особенности терапии психотических расстройств у потребителей «дизайнерских» наркотиков. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; (1):36–41.
4. Афанасьева Н.А., Коробицина Т.В., Пичугина Ю.А. Клинико-синдромологические особенности интоксикационных психозов, вызванных употреблением современных синтетических психоактивных веществ. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021; (2):111.
5. Иванец Н.Н., Винникова М.А., Ежкова Е.В. Особенности клиники и терапии синдрома зависимости от нескольких психоактивных веществ у больных шизофренией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021; (4): 63-78.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СФЕРЕ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Буркова Д. Д., Долгих Е. А.

*Кафедра общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения
имени профессора А.Д. Ткачева*

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель - к.м.н., Т.Н. Корбанова

Аннотация. В данной статье мы рассмотрели результаты исследования, посвящённого изучению ряда аспектов интеграции информационных технологий в медицинскую сферу. В рамках исследования был проведён опрос среди студентов Кемеровского государственного медицинского университета. Результаты анкетирования позволили на примере Кузбасса выявить специфику цифровой трансформации. Исследование продемонстрировало тот акт, что, несмотря на доступность информационных технологий для молодого поколения, традиционные методы записи на приём, такие как звонок в медицинское учреждение или обращение в регистратуру, продолжают активно использоваться.

Ключевые слова: информационные технологии, Кузбасс, медицина, здравоохранение, здоровье, искусственный интеллект,

USE OF MODERN TECHNOLOGIES IN THE SPHERE OF RUSSIAN HEALTHCARE

Burkova D. D., Dolgikh E. A.

*Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare
named after Professor A.D. Tkachev*

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo



Abstract. In this article, we reviewed the results of a study devoted to studying a number of aspects of the integration of information technology in the medical field. As part of the study, a survey was conducted among students of the Kemerovo State Medical University. The results of the survey allowed us to identify the specifics of digital transformation using the example of Kuzbass. The study demonstrated that, despite the availability of information technology for the younger generation, traditional methods of making an appointment, such as calling a medical institution or contacting the registry, continue to be actively used.

Keywords: information technology, Kuzbass, medicine, healthcare, health, artificial intelligence,

Введение

Современные информационные технологии все больше используются в области здравоохранения. Благодаря этому медицина приобретает совершенно новые черты и возможности. Актуальность внедрения современных информационных технологий в медицину заключаются не только в том, что здравоохранение выходит на новый уровень, а также в том, что это существенно сокращает время.

В настоящее время информационные технологии глубоко проникают в жизнь людей. Данное движение позволяет быстро систематизировать информацию и с легкостью управлять ею: совершать быстрый поиск информации, обновлять и удалять. Каждый из нас посещает медицинские организации, и в настоящее время сфера медицины претерпевает ряд изменений. И происходит это благодаря развитию информационных технологий.

Цель исследования - Изучение использования обучающимися Кузбасса современных цифровых технологий, используемых в медицине.



Задачи:

1. Определить основные проблемы, связанные с использованием современных цифровых технологий, используемых в медицине
2. Провести анкетирование обучающихся ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России на предмет оценки использования ими цифровых технологий в медицине
3. Оценить результаты исследования.

Объект и методы исследования

Объект исследования – 53 обучающихся лечебного, педиатрического, медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, а также информационные технологии Кузбасса.

Проведен анализ научной литературы, проведено анкетирование студентов с последующим обобщением полученной информации. Изучены современные технологии, используемые в Кузбассе.

Информационные технологии (ИТ) в медицине представляют собой важный инструмент для повышения качества обслуживания, улучшения диагностики и лечения пациентов, а также для оптимизации управления медицинскими организациями. Современные технологии, такие как электронные медицинские записи, телемедицина и искусственный интеллект, трансформируют подходы к здравоохранению и позволяют медицинским специалистам эффективно справляться с растущими вызовами.

Обращает внимание ряд изменений в сфере медицины благодаря информационным технологиям.

Электронные медицинские записи (ЭМЗ) заменяют бумажные документы, позволяя хранить и обмениваться медицинской информацией в цифровом формате. Это улучшает доступность данных для врачей, сокращает ошибки, связанные с человеческим фактором, и позволяет более эффективно управлять



временем пациентов [1]. В Кемеровской области активно используются медицинские порталы, такие как Врач42, Госуслуги.

Телемедицина предоставляет возможность удаленной диагностики и консультаций между пациентами и врачами, что значительно расширяет доступ к медицинским услугам, особенно в отдаленных и сельских районах. Это снижает затраты и время на поездки и упрощает процесс получения медицинских услуг [3]. В настоящее время в России самыми востребованными телемедицинскими программами стали SmartMed, Доктор Рядом Телемед, Яндекс. Здоровье. Телемедицину называют одним из самых быстрорастущих направлений здравоохранения [2, 4].

Искусственный интеллект (далее – ИИ) играет важную роль в анализе больших данных, предсказательной аналитике и разработке новых методов лечения. Алгоритмы машинного обучения помогают в диагностике заболеваний на ранних стадиях, а также в персонализации лечебных протоколов [6].

Не смотря на множество преимуществ, внедрение ИТ в медицину также сталкивается с рядом проблем, таких как:

1) Безопасность данных. Использование ИИ требует сбора и анализа больших объемов медицинских данных, что ставит под угрозу конфиденциальность пациентов. Вопросы безопасности данных и уязвимости перед лицом кибератак являются значительным риском.

2) Отсутствие человеческого элемента в уходе. Несмотря на эффективность ИИ в аналитических и диагностических задачах, он не может полностью заменить человеческий контакт и эмпатию, которые чрезвычайно важны в клинической практике.

3) Стоимость и доступность технологии. Разработка и внедрение ИИ требует значительных инвестиций, которые не могут позволить себе все медицинские организации, особенно в развивающихся странах [5].



В 2023 году в ГБУЗ «Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша» внедрены в практику инновационные методы оказания медицинской помощи. В регистратуре и приемном отделении установлены Promobot Scanner.

Promobot Scanner – это программно-аппаратный комплекс для распознавания документов, интегрирован в медицинскую информационную систему (далее - МИС) Ариадна и позволяет за несколько секунд сканировать данные паспорта пациента и перенести их в МИС, что значительно сокращает время, которое необходимо было бы затратить для внесения данных вручную, а также исключает ошибки при внесении данных.

Внедрен пилотный проект «Сервис поддержки принятия врачебных решений («Сервис СППВР MedicVK» (ООО Медикбук)) с заболеваниями.

СППВР интегрирована в МИС Ариадна, по мере ее внедрения, применение СППВР будет доступно всем врачам региона. Заключение СППВР обладают значимым для клинической практики кардиологов, терапевтов, врачей общей практики функционалом. Использование заключений СППВР на рабочем месте врача приводит к сокращению времени работы с медицинской документацией, увеличивает приверженность врача к клиническим рекомендациям и улучшает качество оказываемой помощи.

Внедрен сервис «Портал врача» в МИС Ариадна. Портал врача позволяет увидеть данные, собранные из всех СЭМдов, ранее отправленных на пациента любыми медицинскими организациями: от данных карт вызова скорой медицинской помощи, выписных эпикризов, протоколов лабораторных и инструментальных исследований до выписанных льготных рецептов.

Таким образом, одним нажатием «на кнопку», лечащий врач в кратчайшие сроки может получить информацию о госпитализациях пациента, поводах вызова скорой медицинской помощи, проводимых осмотрах, исследованиях и их



результатах, медикаментозное обеспечение пациента, установленные диагнозы и так далее.

В целях оценки использования цифровых сервисов в области медицины в Кузбассе было проведено настоящее исследование. Проведено анкетирование 53 обучающихся трех факультетов ФГБОУ ВО КемГМУ Миздрава России. Все обучающиеся – студенты 3-6 курсов. Результаты анкетирования студентов Кемеровского государственного медицинского университета приведены в виде диаграмм на рисунках.

На рис.1 представлено распределение обучающихся по факультетам ВУЗа. В основном в исследовании приняли участие студенты лечебного (64,2%) и стоматологического факультетов (32,1%), меньшую часть составили учащиеся медико-профилактического факультета (3,7%).

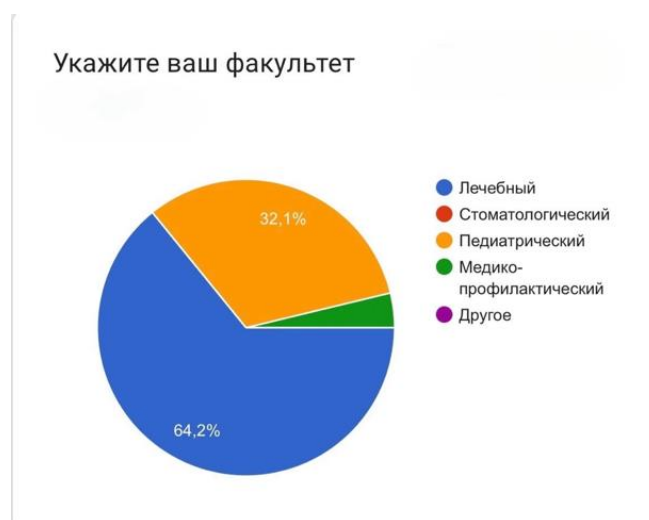


Рис.1. – Распределение обучающихся по факультетам ФГБОУ ВО КемГМУ Миздрава России (в %).

На рис.2 отражена возрастная категория обучающихся. Большую часть составили студенты 5 курса (66,0%), на втором месте – учащиеся 4 курса (30,2%), меньшую часть и в равном количестве составили обучающиеся 3 и 6 курсов (по 1,9% каждый).

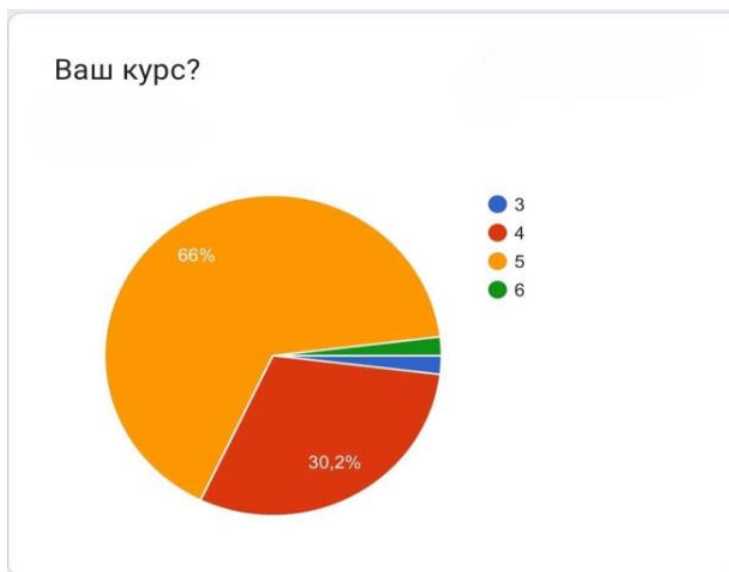


Рис. 2. – Распределение обучающихся ФГБОУ ВО КемГМУ Миздрава России по возрасту (курсу), в %.

Изучено отношение будущих врачей Кузбасса к цифровизации в медицине: 94,3% относятся положительно, отрицательных мнений не было, при этом 5,7% респондентов отметили иное мнение, однако не расшифровали, что имели ввиду (рис.3).

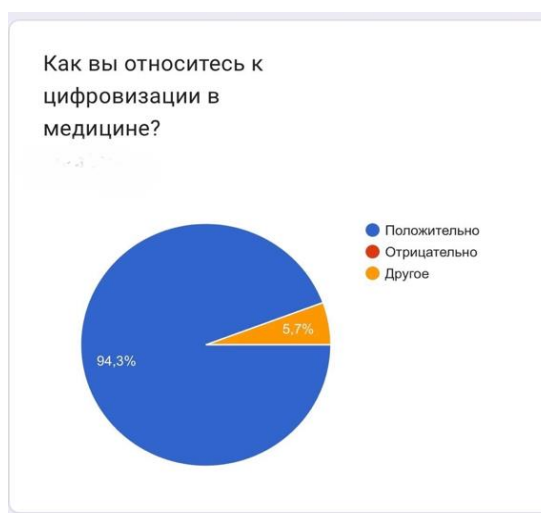


Рис.3. – Отношение обучающихся студентов-медиков к цифровизации в медицине (в %).



По результатам опроса обучающихся на вопрос каким образом осуществляется ими запись на прием к врачу установлено: через портал Госуслуг – 24,5% респондентов, 43,4% – посредством сайта Врач42; треть (32,1%) – посредством звонка в регистратуру.

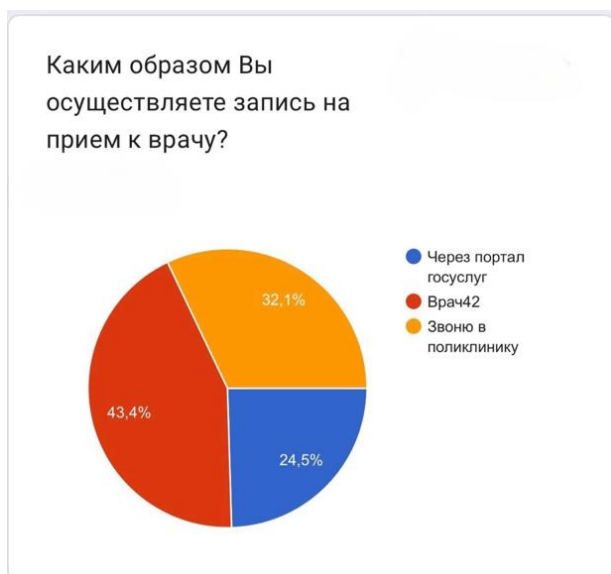


Рис. 4. – Способ записи на прием к врачу (в %.).

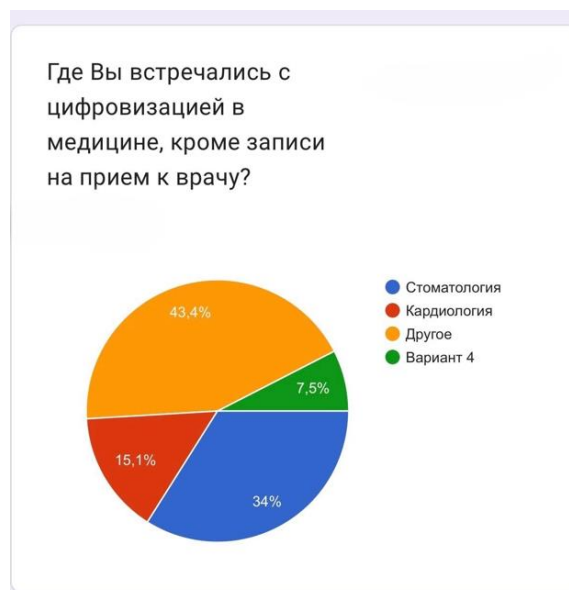


Рис. 5. – Цифровая трансформация в областях медицины Кузбасса по мнению обучающихся ФГБОУ ВО КемГМУ Миздрава России

На рис.5 представлено внедрение цифровых технологий в различные сферы медицины Кузбасса.

В кардиологии цифровую трансформацию отметили 15,1% учащихся, в стоматологии – 34%, 7,5% - в офтальмологии и 43,4% респондентов отметили изменения в других областях медицины.

Результаты и их обсуждение

На кафедре Общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения им. проф. А.Д. Ткачева проведено анкетирование 53



обучающихся ФГБОУ ВО КемГМУ Миздрава России. Оценивалось мнение респондентов по вопросам цифровизации медицинской деятельности в Кузбассе. Удалось выяснить, что две трети обучающихся (67,9%) пользуются цифровыми сервисами при записи на прием к врачу, 32,1% студентов до сих пор используют традиционные методы записи (запись в регистратуре). Целевой показатель по России, равный 90%, пока не достигнут. Наиболее популярен региональный сервис Врач42 (43,4%).

Заключение

Информационные технологии играют ключевую роль в трансформации медицинской сферы, способствуя улучшению качества обслуживания, доступности и эффективности медицинской помощи. Однако для полноценной реализации потенциала ИТ необходимо преодолеть существующие барьеры, включая вопросы безопасности данных и необходимость адаптации среди медработников.

94,3% опрошенных студентов Кузбасса положительно относятся к цифровизации в медицине. По мнению обучающихся ФГБОУ ВО КемГМУ Миздрава России цифровую трансформацию отметили в стоматологии, кардиологии, офтальмологии и других областях медицины.

Благодарности

Благодарим ГАУЗ «Кузбасский областной медицинский информационно - аналитический центр имени Зельковича Романа Моисеевича» за предоставленные материалы по Кузбассу.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Борисов И.В., Бондарь В.А., Кудинов Д.А., Некрасова Ю.Ю., Канарский М.М., Прадхан П., Сорокина В.С., Редкин И.В. Медицина / [Электронный ресурс]. - URL: <https://fsmj.ru/49715> (дата обращения 15.09.2024).
2. Врач и информационные технологии/ Кармина Р.Л., Канев А.Ф.,



Куракова Н.Г и др. - 12 с. - / [Электронный ресурс] .URL: https://www.vit-j.ru/upload/uf/54d/lx93qevkcj9txrmvp5gqk7512b6eoa8/VIT_maket (дата обращения 15.09.2024).

3. Иванов, П. А. Новое слово в медицинском обслуживании // Наука. 2021. 34 с.

4. Луценко В.В. Медицина будущего: какие технологии позволят людям победить старость, болезни и смерть? / [Электронный ресурс] - URL: <https://forbes-ru.turbopages.org/forbes.ru/s/tehnologii/346539-medicina-budushchego-kakie-tehnologii-pozvolyat-lyudyam-pobedit-starost-bolezni-i> (дата обращения 10.09.2024).

5. Попов, А. Б. Искусственный интеллект в медицине: от диагностики до лечения // Урал-Пресс. 2022. 176 с.

6. Сележнев В. В. Информационные технологии в здравоохранении: вызовы и перспективы // Медицина. 2020. 93 с.

**СПЕЦИФИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ
С ШИЗОФРЕНИИ, АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
И РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА
НА КОГНИТИВНУЮ СФЕРУ ПАЦИЕНТОВ**

Величко В. С., Станько Э. П., Бизюкевич С. В.

*Гродненский государственный медицинский университет,
Республика Беларусь, г. Гродно*

Аннотация. В работе рассмотрены основные особенности когнитивной сферы пациентов с шизофренией, алкогольной зависимостью и рассеянным склерозом. Детально изучены когнитивные нарушения, выявлены особенности каждой группы, которые могут и должны использоваться для диагностики,



подбора тактики лечения и реабилитации пациентов, а также для снижения инвалидизации и социальной изоляции.

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

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

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

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

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

Введение

Изучение когнитивной сферы пациентов психиатрического и соматического профиля позволило выявить у них широкий спектр дисфункций, обусловленных влиянием заболеваний на функционирование головного мозга. Выраженность когнитивных нарушений влияет на степень успешности социальной адаптации и реабилитации пациентов.



В клинической практике пациенты, имеющие когнитивные нарушения, как правило, представляют сложную задачу для врачей всех специальностей в отношении диагностики и подбора эффективной и полноценной терапии. Своевременное выявление и назначение патогенетически обоснованной терапии принципиально важно, поскольку способствует функциональному восстановлению церебральных структур и предотвращает необратимые последствия и зависит от бригадного метода оказания помощи пациенту со стороны врачей психиатрического и соматического профиля. Когнитивные нарушения являются ведущей и устойчивой характеристикой таких заболеваний как шизофрения, алкогольная зависимость и рассеянный склероз и часто встречаются в клинической практике врача [1].

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

Объекты и методы исследования

Исследование проводилось на базе клинических отделений учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология» и Гродненской университетской клиники. Критерии включения: наличие клинически установленного и верифицированного диагноза шизофрении, алкогольной зависимости и рассеянного склероза в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Обследовано 45 пациентов: 15



пациентов с диагнозом «Шизофрения» (F20), $Me \pm 5,6$ 46 лет (средние значение), из них 10 мужчин и 5 женщин, 15 пациентов с диагнозом «Алкогольная зависимость» (F10.2), Me $49 \pm 8,4$ лет, из них 14 мужчин и 1 женщина, 15 пациентов с диагнозом «Рассеянный склероз» (G35), Me $51 \pm 4,7$ год, из них 5 мужчин и 10 женщин.

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

Полученные результаты обработаны с помощью пакета прикладных статистических программ «Microsoft Excel 2013», «STATISTICA10» лицензионный номер AXAR207F394425FA-Q. Для оценки когнитивных функций и сравнение степени нарушения между группами пациентов применяли критерий t-Стюдента и таблицы сопряженности. Статистическая значимость принята за $p < 0,05$. В случае описания количественных показателей, имеющих нормальное распределение, проводился расчет средних арифметических величин и стандартных отклонений, результаты представлялись в виде $M \pm s$, где M – среднее значение, s – стандартное отклонение.



Результаты исследования и обсуждение.

Исследование у пациентов вышеуказанных групп зрительно-конструктивных навыков показало, что зрительно-конструктивные навыки сохранены у 5 (33%) пациентов с шизофренией (ШЗ), ниже клинической нормы. Тест «рисования часов» не прошел успешно ни один пациент из этой группы: 5 пациентов (33%) воссоздали только контур часов, 2 пациента (13%) воссоздали только стрелки часов. С правильным копированием куба и последовательным соединением цифр и букв в порядке возрастания, не справился ни один пациент из данной группы. Пациенты с алкогольной зависимостью (АЗ): скопировали куб 9 (60%) пациентов, последовательно соединили буквы и цифры в порядке возрастания 13 (86%) пациентов, с тестом «рисование часов» справились 5 (33%) пациентов. С тестом «рисование часов» справились 13 (86%) пациентов с рассеянным склерозом (РС), скопировали куб 11 (73%) пациентов, последовательно соединили буквы и цифры в порядке возрастания 14 (93%) пациентов. При сопоставлении результатов у пациентов всех групп, у пациентов с диагнозом шизофрении статистически чаще выявляется нарушение в сфере зрительно-конструктивных навыков ($t=5,908875$, $p<0,00001$).

Называние предметов пройдено успешно 3 (20%) пациентами из группы ШЗ, 13 (86%) пациентами с АЗ, 15 (100%) пациентами с РС. Данные результаты свидетельствуют о том, что у пациентов с ШЗ имеется когнитивный дефицит в сфере зрительной памяти, который развивается вследствие структурно-функциональных нарушений головного мозга и выявляется статистически чаще, чем в других группах ($t=7,01405$, $p<0,00001$).

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



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

С повторением цифровых знаков справилось 6 (40%) пациентов с ШЗ, 11 (73%) пациентов с АЗ, 15 (100%) пациентов с РС. Безошибочные арифметические навыки не продемонстрировал ни один пациент из группы ШЗ, 10 (15%) пациентов из группы с АЗ, 12 (80%) пациентов с РС.

Изменения в речи у пациентов с ШЗ: речь монотонная, снижено эмоциональное интонирование, с соскальзыванием и бессвязными ответами, отсутствует мимическая составляющая, среднее количество слов (СКС) на букву «Л» = 5 слов, ниже нормы на 45%. Пациенты АЗ демонстрировали включенность в беседу, активный, но примитивный ответ, беглость речи определяется медленным темпом с нецензурными выражениями и отсутствии контроля невербальной составляющей коммуникации, СКС на букву «Л» = 10 слов, ниже нормы на 10%. Пациенты с РС активно участвовали в диалоге, но отмечали, что речь стала медленнее и не такой беглой, СКС на букву «Л» = 13 слов, выше нормы на 18%.

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

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



пациентов частично воспроизвели с подсказкой (СКС:2). 0 пациентов с РС, частично воспроизвели без подсказки 13 (86%) пациентов (СКС:3).

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

С решением числовых рядов с показателем выше нормы справились 0% пациентов с шизофренией, 2 (13%) пациента с АЗ и 7 (46%) пациентов с РС. Статистически чаще логические, аналитические и сложные счетные операции недоступны пациентам с шизофренией и доступны пациентам с РС ($t=10,01673$, $p<0,00001$).

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

Результаты выполнения методики запоминания 10 слов показали, что наиболее тяжелым уровнем нарушения непосредственного воспроизведения был характерен для пациентов, страдающих ШЗ (68%) по сравнению с РС (43%) и АЗ (38%). У пациентов с шизофренией было продемонстрировано значительное нарушение способности кодировать информацию в рабочей памяти. Для пациентов с шизофренией вариант дефицита рабочей памяти, снижения способности к усвоению и хранению информации является типичным, так как определяется следствием общего снижения мотивационно - волевой сферы, отсутствием установки на прохождение методики и, зачастую, воздействием нейролептиков. При сопоставлении результатов у пациентов всех групп, у пациентов с диагнозом шизофрении статистически чаще выявляется нарушение непосредственного воспроизведения ($t=2,93814$, $p<0,00001$).



Проведенный анализ выявил существенное различие в сфере когниций у пациентов с шизофренией, алкогольной зависимостью и рассеянным склерозом. Выраженность и динамика когнитивного дефицита представляются одним из наиболее значимых маркеров для оценки риска развития шизофрении и характеризуется нарушением в сферах: зрительно-конструктивного функционирования, зрительной и слухоречевой памяти и ее несостоятельность в следствии отсутствия мотивационного компонента, в сфере ассоциаций и аналитики. Траектории когнитивного функционирования предполагают продольную неоднородность как снижение вработываемости, активного внимания у пациентов с шизофренией. Мышление характеризуется снижением уровня обобщений, искажением процесса обобщений, снижением мотивационно-личностного компонента мышления пациентов с шизофренией. Нарушения когнитивных функций могут являться причиной снижения уровня социального функционирования и, в свою очередь, ограничения жизнедеятельности.

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

Пациенты из группы РС продемонстрировали самые высокие результаты когнитивной сохранности. Но они имеют свои особенности. В следствие лобной дисфункции пациенты испытывают сложности с планированием, обобщением и



анализом информации. Зрительно-конструктивная сфера сохранна и характеризуется не когнитивным дефицитарным состоянием, а неврологической составляющей диагноза (онемением кистей и снижение силы нажима письма). Снижение памяти характеризуется изменением и регрессом кратковременной памяти при сохранной долговременной памяти. Пациенты забывают о предстоящих событиях, заданиях не только из-за когнитивного дефицита, но и из-за невозможности планировать и концентрироваться.

Полученные результаты свидетельствуют о групповых отличиях и особенностях в сфере когнитивных нарушений пациентов. Благодаря изучению особенностей каждой группы и интеграции полученных знаний, медицина сделает значительный шаг вперед.

Заключение

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

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



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

Выявленная у пациентов с рассеянным склерозом когнитивная дисфункция имеет важное практическое значение и указывает на необходимость разработки терапевтических мероприятий у данной категории пациентов.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия: сб. ст. / редкол.: М. В. Иванов. СПб.: Вестник магистратуры, 2018. С. 4-7.

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

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

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

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



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

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Воробьева К. К.

*Кафедра социальной психиатрии и психологии
ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р имени Г.А. Альбрехта Минтруда России, Россия,
г. Санкт-Петербург*

Научный руководитель – д.м.н., профессор,
заведующий кафедрой социальной психиатрии и психологии Литвинцев С.В.

Аннотация. В данной работе проанализированы некоторые зарубежные и отечественные исследования, касающиеся формирования и психопатологической структуры пограничного расстройства личности (ПРЛ), в который входит обзор генетических, экологических и этиологических факторов, обзор возрастных особенностей пограничных симптомов. Также рассмотрены современные подходы к лечению данного расстройства.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, методы диагностики ПРЛ, возрастные особенности, психотерапия, фармакотерапия ПРЛ.

MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Vorobyeva K. K.

Department of Social Psychiatry and Psychology, Russia, St. Petersburg.

Supervisor - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department
of Social Psychiatry and Psychology, Litvintsev S.V.



Abstract. This paper reviews foreign and domestic studies. They include psychopathologic analysis of the development of borderline personality disorder, which includes a review of genetic environmental and etiologic factors, a review of age-specific features of borderline symptoms. Modern approaches to the treatment of this disorder are also reviewed.

Keywords: Borderline Personality Disorder, methods of diagnosing BPD, age specifics, psychotherapy, pharmacotherapy for BPD.

Введение

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) весьма часто встречается у пациентов, обращающихся за амбулаторной психиатрической помощью, немалое их число лечится в дневных стационарах. Согласно литературным данным, его распространённость в популяции составляет 2,7–5,9% [1, С.66]. По данным исследований, проведенных в США, ПРЛ диагностируется у 2,7% людей в течение жизни. При этом показатели распространённости среди женского населения незначительно выше по сравнению с мужским: 3% против 2,4% [2, С.7].

Актуальность проблемы ПРЛ состоит в том, что лица, им страдающие обычно сталкиваются с проблемами эмоциональной регуляции. Им свойственны нестабильные, напряжённые коммуникативные социальные связи, они испытывают постоянное чувство опустошённости, имеют проблемы с самоопределением и контролем над импульсивным поведением. Однако это расстройство нередко не диагностируется, либо устанавливается неверно. Для верификации диагноза ПРЛ необходимо знать факторы, способствующие его формированию.



Объекты и методы исследования

Анализ результатов исследований, посвященных изучению пограничного расстройства личности, в электронной библиотеке PubMed и Elibrary за последние 5 лет.

Результаты и обсуждения

Термин «пограничное» предложил использовать в психиатрической литературе А. Штерн. [3] Понятие охватывало ключевые симптомы шизофрении, которые описал Э. Блейлер: нарушения настроения (аффективные расстройства); формальные формы мышления; амбивалентность; проблемы с осознанием себя (расстройства самосознания) и другие проявления дезинтегративных пограничных расстройств. [4, С.109]

Им он намеревался обозначить группу пациентов, находящихся на уровне функционирования между невротами и шизофреническими расстройствами. Однако чётких клинических границ установить у них не удалось. В 1980 году пограничное расстройство личности (ПРЛ) было включено в DSM-III. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) пограничный тип личности рассматривается в рамках «Эмоционально неустойчивого расстройства личности» [F60.3].

В МКБ-11 предполагается применение иного подхода к оценке расстройств личности. Здесь не выделяется конкретный тип расстройства, а учитывается степень его тяжести и наиболее выраженные патологические черты личности. В МКБ-11 категориальная система расстройств личности заменена дименсиональным подходом, аналогичным альтернативной модели DSM-5. ПРЛ выделяется отдельно, с использованием «спецификатора пограничного паттерна» [1, С. 66]. При этом включён пограничный паттерн расстройства личности.

Критериями для постановки диагноза «Пограничное расстройство личности» по МКБ-10 являются: расстройство и неопределенность образа «Я»,



целеполагания и внутренних предпочтений (включая сексуальные); склонность вовлекаться в интенсивные и нестабильные взаимоотношения, которые часто приводят к эмоциональным кризисам; чрезмерные усилия избегать уединения; периодические угрозы и акты самоповреждения; хроническое чувство пустоты. Ранее ПРЛ диагностировалось только с 18 лет, но оказалось, что многие его признаки обнаруживаются гораздо раньше.

Аффективная лабильность, частые перепады настроения и «истерики» можно наблюдать с раннего детства. Симптомы ПРЛ, появляющиеся в подростковом и молодом взрослом возрасте в виде импульсивности, попытками членовредительства и самоубийства, а также злоупотребление психоактивными веществами, безответственное сексуальное поведение, расстройство идентичности, могут характеризоваться своей тяжестью, рецидивирующим характером и продолжительностью [5, С.25]. На сегодняшний день исследователи пришли к общему мнению относительно важности и эффективности диагностики ПРЛ у молодых людей [6, С.107]. Это, в свою очередь, нашло отражение в последних обновлениях Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) и Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-5), где возрастной порог для постановки диагноза был снижен. По мере взросления клиническая палитра симптомов ПРЛ меняется, а её тяжесть снижается. Хотя симптомы, характерные для ПРЛ, и демонстрируют значительное улучшение в зрелом возрасте, психосоциальные трудности остаются. В подростковом возрасте поведение, связанное с пограничным расстройством личности, проявляется в виде внешних симптомов: «истерик», самоповреждений и злоупотребления психоактивными веществами. Во взрослом возрасте эти проблемы приобретают интернализирующую форму - проявляются в виде тревоги и отчаяния. [6, С.108] Все эти состояния имеют общий корень:



трудности эмоциональной регуляции, импульсивность и межличностные проблемы.

Существуют гендерные различия в сопутствующих заболеваниях: у мужчин с ПРЛ чаще наблюдается злоупотребление психоактивными веществами и антисоциальное поведение, в то время как у женщин с большей частотой отмечаются расстройства настроения, тревожность и расстройства пищевого поведения, а также легче формируется посттравматическое стрессовое расстройство. У пожилых людей с пограничным расстройством личности симптомы смещаются в сторону депрессии, опустошённости и соматических жалоб.

Несмотря на это, эмоциональная дисрегуляция, нестабильные межличностные отношения, гнев и неуверенность в привязанности сохраняются, а вот импульсивность и нарушения идентичности проявляются меньше. Самоповреждение может проявляться в других формах, например, в несоблюдении медицинских предписаний или неправильном использовании лекарств. [7, С.94] Вероятность проявления черт пограничного расстройства личности со временем может уменьшаться. Предположительно, это связано в том числе с темпераментом человека. Однако диагностические инструменты могут оказаться недостаточно чувствительными, чтобы выявить у пожилых людей усиление симптомов депрессии и соматических жалоб.

У лиц с ПРЛ могут быть сопутствующие расстройства настроения на протяжении всей жизни, тревожные расстройства, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ и другие расстройства личности. Пограничное расстройство личности и биполярное расстройство I или II типа встречаются одновременно примерно у 10–20 % [8, С. 583]

Уровень смертности в результате самоубийства выше среди лиц с пограничным расстройством личности, чем среди пациентов с другими



расстройствами личности. Попытки самоубийства наблюдались у более чем 75% лиц с пограничным расстройством личности. Пациенты с ПРЛ умирают в среднем на 14–32 года раньше, чем люди в общей популяции. Снижение продолжительности жизни чаще имеет место у мужчин. [9, С.406]

Кроме того, у пациентов с ПРЛ наблюдается более высокая распространенность соматических заболеваний: эндокринные, метаболические, респираторные, сердечно-сосудистые и инфекционные (ВИЧ, гепатит) заболевания, чем у лиц без данного расстройства. Ухудшение состояния здоровья и более высокая смертность могут быть связаны как с нездоровым образом жизни, так и с непосредственными нейробиологическими нарушениями регуляции стресса и иммунной системы, которые обусловлены большим количеством неблагопри-

ятных событий в раннем возрасте при пограничном расстройстве личности. Согласно некоторым современным исследованиям, в основе формирования ПРЛ лежит генетическая предрасположенность, роль генетических факторов в возникновении ПРЛ оценивается примерно в 40-50%. Несмотря на доказанную высокую наследственность заболевания, лишь немногие исследования до сих пор выявили специфические гены, специфически связанные с ПРЛ [10, С.74]. Кроме того, на его формирование влияют нейробиологические и психосоциальные факторы.

В целом, анализ результатов исследований показывает, что наиболее выраженными факторами риска возникновения ПРЛ являются следующие:

- 1) социальные влияния (низкий социально-экономический статус, стрессовые жизненные события из детства, тяжелые семейные потери);
- 2) семейные взаимоотношения (психическое расстройство матери, холод, жестокое обращение со стороны родителей, враждебность, суровые наказания);



3) жестокое обращение (физическое или сексуальное насилие, пренебрежение);

4) проблемы в период детского развития (низкие интеллектуальные способности, высокая степень негативной аффективности и импульсивности, психические расстройства в детстве) [6, С.103]. Психическое заболевание матери, а также низкий социально-экономический статус семьи и финансовые трудности также существенно повышают риск раннего развития ПРЛ.

Ряд исследователей отмечают, что такие особенности темперамента родителей, как склонность к агрессии, импульсивность, эмоциональная неустойчивость, проблемы с контролем эмоций и негативный эмоциональный настрой, могут увеличивать вероятность возникновения этого расстройства у детей. Лица с ПРЛ в 14 раз чаще испытывают жестокое обращение, чем исследуемые без психических расстройств [6, С.103].

При этом по сравнению с людьми, страдающими другими психическими заболеваниями, они в три раза чаще сталкиваются с различными формами жестокого обращения в детском возрасте. Всё больше данных свидетельствуют, что в основе ПРЛ лежит не только влияние факторов окружающей среды, но и нейробиологическая составляющая. В связи с этим при изучении патогенеза пограничного расстройства личности обращают внимание на изменения в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе, а также в глутаматергической, серотонинергической, дофаминергической и норадренэргической нейротрансмиссии. Кроме того, изучается роль эндогенной опиоидной системы и нейропластичности. Эти системы участвуют в регуляции стрессовых реакций. С точки зрения нервной системы наиболее распространенная гипотеза предполагает дисбаланс лобно-лимбической системы при пограничном расстройстве личности, при котором нарушение регуляции эмоций опосредовано гиперактивностью лимбических структур.



Для диагностики ПРЛ используют полуструктурированные интервью. Также полезны опросники самоотчёта и проективные методики, например, тест Роршаха или тематический апперцептивный тест (ТАТ) [11]. Для диагностики пограничного расстройства личности особое значение имеет выявление проблем с самоидентификацией.

Специалисты исследуют нейрокогнитивные особенности людей с ПРЛ и уже обнаружили у них нарушения в области внимания и исполнительных функций. [12, С.109] Однако пока не удалось выявить конкретные нейрокогнитивные проблемы, которые имели бы решающее значение для точной диагностики. Результаты исследования подтверждают гипотезу о том, что у пациентов с пограничным расстройством личности и высокой степенью дисфункции наблюдаются нейропсихологические нарушения, которые затрагивают большинство когнитивных функций. [13, С.12]

Лечение пациентов с ПРЛ обычно включает в себя психотерапию и, в некоторых случаях, медикаментозное лечение. Вместе с тем, следует учитывать, что медикаментозное лечение не предназначено для устранения основной симптоматики пограничного расстройства личности; его используют лишь для временного облегчения тяжёлых сопутствующих расстройств, таких как сильная депрессия, тревожность или явно проходящие психотические симптомы. В психиатрической практике часто назначают антипсихотики, стабилизаторы настроения и антидепрессанты - как по отдельности, так и в комбинации. Однако эффективность этих препаратов в снижении симптоматики не полностью доказана. Поскольку пограничное расстройство личности часто сопровождается зависимостями, важно воздерживаться от употребления веществ, вызывающих привыкание. Пока ни один класс психоактивных препаратов не доказал свою эффективность, и ни один препарат не был одобрен Управлением по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) для лечения ПРЛ [14, С.15].



Соответственно, психотерапия остаётся основным методом лечения ПРЛ [15, С.4], при этом краткосрочные формы психотерапии, длящиеся менее трёх месяцев, специалистами не рекомендуются. Существует ряд специализированных методов, подтверждённых эмпирическим путём: диалектическая поведенческая терапия (ДПТ); терапия на основе ментализации (МБТ); психотерапия, ориентированная на перенос (ТФП); схематическая терапия (СТ). Недавние исследования показали, что подростки с ПРЛ получают пользу от психотерапии, но в меньшей степени, чем взрослые пациенты. Подростковая терапия в основном направлена на снижение суицидального и самоповреждающего поведения.

Заключение

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) представляет собой комплексное заболевание, проявления которого часто начинаются в подростковом возрасте. Его развитие обусловлено не только психосоциальными факторами, но и генетическими и биологическими аспектами, а также их взаимодействием. Изучение психологических нарушений, связанных с развитием ПРЛ, имеет огромное значение. Оно позволяет выявить причины и предпосылки заболевания благодаря междисциплинарному подходу. Однако учёные пока не пришли к консенсусу относительно того, какой подход - категориальный или дименсиональный - более точно описывает пограничное расстройство личности. Чтобы прояснить этот вопрос, необходимы дополнительные исследования [2, С. 18], способные верифицированно прояснить факторы риска, включая нейробиологические основы при формировании этого расстройства. На сегодняшний день, к сожалению, не решены многие вопросы, связанные с диагностикой, медикаментозным и психотерапевтическим лечением ПРЛ. Поэтому необходимо проведение



КОМПЛЕКСНЫХ исследований, касающихся изучения аспектов этиологии, патогенеза ПРЛ и оценки эффективности его терапии.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Петрова Н.Н., Чарная Д.И., Чумаков Е.М. Пограничное расстройство личности: к вопросу о диагнозе // Доктор.Ру. 2022. №21(8). С. 66–71.
2. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. / Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, Salzer S, Spitzer C, Steinert C. // World Psychiatry. 2024. №. 23(1). PP. 4-25.
3. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. // Psychoanalytic Quarterly. 1938. PP.467–489.
4. Zandersen M., Parnas J. Borderline personality disorder or a disorder within the schizophrenia spectrum? A psychopathological study. // World Psychiatry. 2019. №18. PP.109–110.
5. Chanen, A. M., Nicol, K., Betts, J. K., Thompson, K. N. Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People. //Current Psychiatry Reports.2020. № 22(5). PP.25.
6. A borderline személyiségzavar a fejlődépszichopatológia tükrében [borderline personality disorder in the light of developmental psychopathology]. / Mezei J, Juhasz A, Kilencz T, Vizin G.// Neuropsychopharmacol Hung. 2020. № 22(3). PP.102-111.
7. Winsper C. Borderline personality disorder: course and outcomes across the lifespan. // Curr Opin Psychol. 2021. № 37. PP. 94-97.
8. Shah R, Zanarini MC. Comorbidity of borderline personality disorder: current status and future directions. // Psychiatr Clin North Am.2018. №41. PP. 583-593.



9. Schneider F, Erhart M, Hewer W et al. Mortality and medical comorbidity in the severely mentally ill. //Deutsches Arzteblatt Int. 2019. №116. PP. 405-411.
10. Bulbena-Cabre, A., Bassir Nia, A., Perez-Rodriguez, M. M. Current Knowledge on Gene-Environment Interactions in Personality Disorders: An Update. // Current Psychiatry Reports.2018. №20. PP. 74.
11. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE et al. borderline personality disorder// Nat Rev Dis Primers. 2018. № 4.
12. Carrasco J.L., Mellor-Marsá B., Mallardo L. et al. Persistent psychotic symptoms and neurocognitive deficits in borderline personality disorder. //Schizophr. Res. 2021. № 232. PP.109–111.
13. Palomares N., García-Andrade R., Arza R. et al. Neuropsychological findings in recent onset schizophrenia and borderline personality disorder: a comparison study. // Actas Esp. Psiquiatr. 2019. №47. PP.7–15.
14. Trull TJ, Freeman LK, Vebares TJ et al. borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. // Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2018. №5. PP. 15.
15. Storebo OJ, Stoffers- Winterling JM, Vollm BA et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. // Cochrane Database Syst Rev. 2020. №5. PP.1-512.

ПСИХОЛОГИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ И КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ. НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР

Гилязова С. В.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – Яковлев А. С.



Аннотация. В статье рассматриваются психические реакции человека в условиях экстремальных и кризисных ситуаций. Анализируются когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты, а также механизмы преодоления стресса. Обсуждаются важность социальной поддержки и подходы к психологической помощи на этапе кризиса.

Ключевые слова: экстремальные ситуации, кризис, психология, посттравматический стресс, копинг.

PSYCHOLOGY OF EXTREME AND CRISIS SITUATIONS

Gilyazova S. V.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Yakovlev A.S.

Abstract. The article examines the mental reactions of individuals in extreme and crisis situations. It analyzes cognitive, emotional, and behavioral aspects, as well as mechanisms for coping with stress. The importance of social support and approaches to psychological assistance during a crisis are discussed.

Keywords: Extreme situations, crisis, psychology, post-traumatic stress, coping.

Введение

Психология кризисных и экстремальных ситуаций - отрасль психологии, предметом которой являются: экстремальные и кризисные состояния и переживания; особенности функционирования психики в экстраординарных условиях; механизмы психической травматизации; этиологические факторы развития психических нарушений вследствие психотравматизации;



детерминанты психической устойчивости в экстремальных и кризисных ситуациях.

Кризисная ситуация - это совокупность внешних и внутренних условий и обстоятельств, создающих необходимость кардинальных системных изменений хода своей жизни. Кризисной называют ситуацию, когда человек сталкивается с препятствием в реализации важных жизненных целей и не может справиться с этой ситуацией с помощью привычных средств. Выделяются два типа кризисных ситуаций: обусловленные изменениями в естественном жизненном цикле или травмирующими событиями жизни.

Часто в качестве синонима понятия «кризисная ситуация» используется понятие «трудная жизненная ситуация», которое является термином более социальным, чем психологическим.

Трудная жизненная ситуация - ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и т.п.), которую он не может преодолеть самостоятельно [4].

Целью данной работы является анализ когнитивных, эмоциональных и поведенческих аспектов, а также механизм преодоления стресса.

Объекты и методы исследования для достижения поставленной цели был проведён анализ научной литературы с применением электронных баз данных, таких как eLIBRARY.RU и PubMed.

Результаты и обсуждение.

Психологические реакции на стресс - это комплексные и многообразные явления, которые влияют на когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты человеческой жизни. Когда человек сталкивается с ситуациями,



вызывающими стресс (стрессоры), его организм и психика реагируют различными способами.

Основные категории реакций на стресс включают:

1. Когнитивные искажения

В условиях стресса люди могут испытывать когнитивные искажения, что сказывается на их способности к рациональному принятию решений.

Изменение восприятия: в условиях стресса восприятие ситуаций может искажаться. Человек может преувеличивать угрозы или занижать свои способности справляться с ними, что ведет к неправильным выводам и решениям.

Можно отметить проблемы с концентрацией: Стресс может вызывать трудности с концентрацией внимания и снижать работоспособность. Мысли могут становиться путанными, и возникают трудности в обработке информации.

Так же стресс может приводить к замедлению когнитивных процессов, что затрудняет принятие своевременных и адекватных решений.

2. Эмоциональные реакции

Эмоциональная реакция на угрозу может варьироваться от страха до паники, что напрямую влияет на поведение и взаимодействие с окружающими. Выраженно негативный характер переживаний: на первое место в кризисной ситуации выходят ощущения и эмоции отрицательного характера («мне плохо»);

Высокая интенсивность переживаний: Сила и интенсивность чувств в кризисной ситуации значительно превосходят те эмоции, которые человек испытывает в повседневной жизни («я этого не вынесу») [5];

Многообразие переживаний: подавленность, страх, чувство вины, обида, злора, беспомощность, безнадежность, одиночество и т. д.;

Противоречивость переживаний. Часто чувства, испытываемые человеком в кризисной ситуации, имеют противоречивый характер. То, что в нормальной



жизни обычно несовместимо, в кризисном состоянии переживается одномоментно. Например, облегчение и боль в случае смерти больного родственника.

Необычность переживаний: Большинство чувств, которые испытывает человек, необычны и непривычны для него («я не понимаю, что со мной»).
Неприемлемость переживаний: Некоторые чувства обычно считаются неприемлемыми, недопустимыми (например, злость, гнев, ярость, ненависть). В результате человек, испытывающий эти чувства, ощущает себя «ненормальным» и изолированным от общества, поскольку он не может рассказать о них окружающим, что еще более усугубляет его кризисное состояние («я схожу с ума»);

Неприятие переживаний: Ряд чувств, которые характерны для кризисного состояния, неприемлемы не только для окружающих, но и не принимаются самим человеком. В результате значительная часть кризисного состояния наполнена так называемыми метачувствами или переживаниями по поводу своих чувств. Главным образом это отрицательные чувства, которые проявляются в борьбе человека со своей реакцией на кризисную ситуацию («я пытаюсь держать себя в руках»). [4, с 50]

3. Посттравматический стресс

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) - это психическое расстройство, которое может развиваться после пережитой человеком травматической ситуации, угрожающей жизни или физической неприкосновенности.

Развитие ПТСР зависит от ряда факторов: тяжести травмы, наличия предшествующих травм, личностных особенностей человека, социальной поддержки и др. Лечение ПТСР включает психотерапевтические методы



(когнитивно-поведенческая терапия, EMDR) и при необходимости медикаментозную терапию.

Ранняя диагностика и своевременное лечение ПТСР важны для предотвращения хронизации симптомов и улучшения качества жизни пациентов. Комплексный подход с использованием психологических и медицинских методов помогает человеку справиться с последствиями травмы и вернуться к нормальной жизни.

Социальные взаимодействия в кризисных ситуациях

Кризисные ситуации, будь то природные катастрофы, техногенные аварии или социальные конфликты, оказывают серьёзное влияние на психологическое состояние и поведение людей, вовлечённых в эти события. Одним из ключевых аспектов реагирования на кризис является социальное взаимодействие между пострадавшими, спасателями, волонтёрами и представителями власти. Понимание закономерностей и особенностей социального взаимодействия в экстремальных условиях имеет важное значение для организации эффективной помощи и преодоления последствий кризисных ситуаций.

В психологии кризисных ситуаций выделяют несколько основных теоретических подходов, объясняющих особенности социального взаимодействия:

Теория социальной идентичности. Согласно этой теории, в условиях кризиса у людей активизируется чувство принадлежности к определенной социальной группе (пострадавшие, спасатели, местные жители и т.д.), что влияет на их восприятие, эмоции и поведение по отношению к членам «своей» и «чужих» групп.

Теория социальной поддержки. Кризисные ситуации сопровождаются высоким уровнем стресса и тревоги, и социальная поддержка от близких людей,



сообществ и организаций играет ключевую роль в совладании с трудностями и восстановлении после кризиса.

Теория просоциального поведения. Экстремальные условия зачастую активизируют у людей альтруистические мотивы и стремление помогать другим, что проявляется в добровольчестве, взаимопомощи и солидарности. Теория управления страхом. Страх и тревога, вызванные угрозой жизни и здоровью, могут приводить к дезорганизации поведения и конфликтам между людьми. Эффективное управление страхом через информирование и организацию взаимодействия способствует более конструктивному реагированию.

Особенности социального взаимодействия.

Исследования показывают, что в кризисных ситуациях наблюдаются следующие особенности социального взаимодействия:

Усиление групповой идентичности и сплоченности «своей» группы, при этом восприятие «чужих» групп становится более негативным. Повышение просоциального поведения и взаимопомощи внутри групп, но при этом возможны конфликты и соперничество между группами. Важную роль играет социальная поддержка от близких людей, сообществ и организаций, способствующая совладанию со стрессом. Эффективная коммуникация и координация действий различных участников (пострадавших, спасателей, волонтеров, властей) является ключевым фактором успешного преодоления кризиса.

Управление страхом и тревогой через информирование и организацию взаимодействия помогает предотвратить дезорганизацию поведения и конфликты.



Копинг

Копинг-стратегии - это когнитивные и поведенческие усилия, предпринимаемые человеком для управления специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются им как чрезмерные или превышающие его ресурсы.

Основные виды копинг-стратегий:

Проблемно-ориентированный копинг - направлен на решение проблемы, устранение или изменение стрессовой ситуации. Включает в себя:

Активное совладание - предпринимаются активные действия для улучшения ситуации

Планирование - обдумывание и разработка стратегии действий

Сдерживание - воздержание от преждевременных действий

Поиск инструментальной социальной поддержки - обращение за помощью и советами

Эмоционально-ориентированный копинг - направлен на регуляцию эмоциональных реакций, вызванных стрессовой ситуацией.

Заключение

Проведенный анализ научных исследований в области психологии экстремальных и кризисных ситуаций позволяет сделать ряд важных выводов. Во-первых, было установлено, что экстремальные и кризисные ситуации оказывают значительное психологическое воздействие на человека, вызывая стресс, тревогу, страх и другие эмоциональные реакции. Эти реакции могут существенно влиять на способность человека адекватно воспринимать информацию и принимать эффективные решения.

Во-вторых, были выявлены основные психологические факторы, определяющие особенности реагирования человека в экстремальных условиях, такие как личностные характеристики, предшествующий опыт, социальная



поддержка и др. Понимание этих факторов важно для разработки эффективных программ психологической подготовки и сопровождения людей, работающих в экстремальных сферах.

В целом, проведенный обзор научных работ свидетельствует о важности дальнейшего изучения психологических аспектов экстремальных и кризисных ситуаций, что позволит разработать более эффективные подходы к сопровождению и поддержке людей, действующих в условиях повышенного риска и напряжения.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Абабков, В. А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В. А. Абабков, М. Перре. СПб.: Речь, 2004. 166 с.
2. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения // Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022.
3. Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю., Акименко Г.В. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии. Дневник науки. 2020. № 8 (44). С. 10.
4. Акименко Г. В., Селедцов А. М., Кирина Ю. Ю. Психология неопределённости в условиях пандемии: причины, эмоции и последствия. Дневник науки. 2020. № 11 (47). С. 13.
5. Хрусталёва Н.С. Психология кризисных и экстремальных ситуаций - СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2018. — 748 с. ISBN 978-5-288-05830-1



ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ И ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЁЖИ

Голушко И. Д.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к. психол. н., доцент Валиуллина Е. В.

Аннотация. Данное исследование посвящено актуальной проблеме влияния социальных сетей и интернет-зависимости на психическое здоровье молодёжи. В центре внимания находятся психологические свойства, такие как тревожность, ригидность, прокрастинация и самооценка, их взаимосвязь с использованием социальных сетей и степенью интернет-зависимости. По результатам анкетирования выяснилось, что большинство студентов часто пользуются социальными сетями в течение дня (более 3 часов в день), для общения в Интернете подавляющая часть использует платформу «Телеграмм», в их контенте преобладает развлекательный формат. Основной причиной интернет-зависимости студенты считают проблемы с концентрацией внимания.

Ключевые слова: социальные сети, интернет-зависимость, психическое здоровье, молодёжь, студенты.

THE IMPACT OF SOCIAL MEDIA AND INTERNET ADDICTION ON YOUTH MENTAL HEALTH

Golushko I. D.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Associate Professor Valiullina E. V.

Abstract. This study is devoted to the urgent problem of the impact of social networks and Internet addiction on the mental health of young people. The focus is on



psychological properties such as anxiety, rigidity, procrastination and self-esteem, their relationship with the use of social networks and the degree of Internet addiction. According to the results of the survey, it turned out that the majority of students often use social networks during the day (more than 3 hours a day), the vast majority use the Telegram platform to communicate on the Internet, and the entertainment format prevails in their content. Students consider concentration problems to be the main reason for Internet addiction.

Keywords: social networks, Internet addiction, mental health, youth, students

В современном мире, где социальные сети прочно вошли в повседневную жизнь, актуальность исследования влияния цифровых технологий на психическое здоровье молодёжи не вызывает сомнений. Постоянный доступ к информации, возможность коммуникации с друзьями и знакомыми в любой точке мира открывают новые горизонты и создают новые возможности. Однако, не стоит забывать о теневой стороне медали: чрезмерное использование социальных сетей и интернет-зависимость могут привести к негативным последствиям для психического здоровья, особенно у молодого поколения [2].

В данной работе рассмотрено влияние социальных сетей и интернет-зависимости на психическое здоровье молодёжи, акцентируя внимание на таких важных психологических свойствах как тревожность, ригидность, прокрастинация и самооценка. Анкетирование студентов и анализ полученных данных позволят выявить связь между частотой использования социальных сетей, степенью интернет-зависимости и уровнем этих психологических характеристик [5].

Результаты исследования помогут лучше понять влияние цифровых технологий на психическое здоровье молодёжи и разработать эффективные стратегии профилактики и коррекции возможных негативных последствий.



Цель исследования

Изучить влияние социальных сетей и интернет-зависимости на психическое здоровье молодёжи, определить взаимосвязь между частотой использования социальных сетей, степенью интернет-зависимости и уровнем тревожности, ригидности, прокрастинации и самооценки у студентов КеМГМУ.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие студенты Кемеровского государственного медицинского университета стоматологического, педиатрического, фармацевтического и медико-профилактического факультетов всех курсов. Анкеты заполнялись студентами в онлайн-режиме в течение 1 месяца. В исследовании приняли участие 45 студентов педиатрического факультета, 24 – лечебного, 19 – стоматологического, 3 – медико-профилактического и 2 – фармацевтического. Учащихся на 2 курсе оказалось 60 человек, на 3 курсе – 10, на 1 курсе – 9, на 6 курсе – 8, на 4 курсе – 4, на 5 курсе – 2 студента. В опросе голосовали студенты, которым 19 лет – 37 человек, 20 лет – 17 человек, 18 лет – 16 человек, 23 года – 12 человек, 21 и 22 года – по 5 человек каждый.

Анкетирование проведено при помощи стандартизованного классического опросника, состоящего из 2-ух частей. Первая часть содержала вопросы о частоте и характере использования социальных сетей студентами, а также о причинах, которые они называют, описывая свою зависимость от интернета. Вторая часть включала шкалы для измерения уровня тревожности, ригидности, прокрастинации и самооценки. Также данное тестирование можно разделить ещё на 3 раздела: первый – «Использование социальных сетей», второй – «Интернет-зависимость» и третий – «Психическое здоровье». Вопросы были составлены таким образом, чтобы косвенно проверять корреляцию влияние интернет-зависимости и психологических свойств студентов. Полученные данные были



обработаны с использованием статистического метода (корреляционный анализ) при помощи ПО Microsoft Excel с надстройками (универсальный статистический пакет IBM SPSS Statistics).

Результаты и их обсуждение

Результаты проведенного исследования показали, что 37,6% (35 человек) опрошенных часто (более 3 часов в день) заходят в социальные сети в течение дня. Чаще всего для общения и просмотра контента студенты используют такие социальные сети и мессенджеры, как Телеграмм (92,5% (86 человек)), Вконтакте (61,3% (57 человек)) и Инстаграм (41,9% (39 человек)). Из видов контента молодежь больше всего предпочитает развлекательный (76,3% (71 человек)), информационный (65,6% (61 человек)) и образовательный (66,7% (62 человека)).

Тревожность в психологии обычно определяется как эмоциональное состояние, характеризующееся чувством беспокойства, напряженности и страха, которое может проявляться как в физиологических, так и в психологических реакциях. Одним из известных авторов, исследовавших тревожность, является Зигмунд Фрейд.

Фрейд подчеркивал различие между нормальной и патологической тревожностью. Он считал, что тревожность может быть реакцией на внутренние конфликты и подавленные желания, а также влиять на психическое состояние индивида [1]. Так, согласно опросу, около 42% опрошенных, ответили «иногда» на вопросы, связанные с уровнем тревожности, что является довольно высоким показателем среди студентов вузов.

Ригидность в психологии часто определяется как неспособность к гибкому мышлению и поведению, что приводит к трудностям в адаптации к новым ситуациям или изменениям [9]. Это состояние может проявляться в виде фиксированных убеждений, зависимостей от определённых способов действия и нежелания принимать альтернативные взгляды.



Одним из авторов, который исследовал концепцию ригидности, является психолог К. Т. Хофстеде. Он применял данный термин в контексте культурной ригидности, обозначая устойчивость определенных культурных норм и ценностей, которые затрудняют приспособление к новому опыту [3]. По результатам исследования, 35% студентов испытывают трудности приспособительного характера ежедневно.

Прокрастинация в психологии определяется как склонность откладывать выполнение задач, действий или решений на более поздний срок, несмотря на осознание возможных негативных последствий. Это поведение часто связано с эмоциональными факторами, такими как страх неудачи, тревога или перфекционизм.

Одним из авторов, который подробно исследовал тему прокрастинации, является Тимоти Пичил (Timothy Pynchyl). В своих работах он подчеркивает, что прокрастинация – это не просто плохая привычка, а сложное явление, связанное с внутренними конфликтами, эмоциями и саморегуляцией. Итак, было выяснено, что 39,8% респондентов страдают этой «вредной привычкой», что свидетельствует о достаточно распространенной проблеме, требующей дальнейшего изучения и, возможно, вмешательства.

В психологии самооценка определяется как субъективная оценка человеком своих собственных достоинств, недостатков, способностей и значимости. Согласно определению Карла Роджерса, одного из основателей гуманистической психологии, самооценка является центральным компонентом самоконцепции и играет ключевую роль в процессе самореализации. По Роджерсу, высокий уровень самооценки способствует личностному росту и адаптации, в то время как низкая самооценка может препятствовать личностному развитию и вызывать внутренние конфликты. Анализ показал, что 35,5%



студентов имеют заниженную самооценку, что оказалось значительно выше, чем предполагалось на начальном этапе.

Также, по результатам анкетирования, большинство респондентов проводят в сети более 3 часов в день, что может свидетельствовать о проблеме интернет-зависимости. Около 60% молодежи испытывают чувство тревоги и стресса при необходимости отрыва от социальных сетей. Также выявлено, что частое сравнение себя с другими в сети вызывает негативные эмоции и снижение самооценки.

Обсуждение результатов подтверждает важность изучения влияния социальных сетей на психическое здоровье молодежи. Негативные эффекты, такие как страх пропуска информации, постоянное сравнение себя с другими и изоляция виртуального мира, могут существенно повлиять на эмоциональное состояние и самоощущение [10].

Анализ полученных данных показывает, что существует прямая связь между уровнем интернет-зависимости и состоянием психического здоровья у молодежи. Из анкетирования видно, что более 70% респондентов, указавших на высокий уровень зависимости от социальных сетей и интернета, страдают от снижения самооценки и чувства уединения.

Важно отметить, что молодые люди, проводящие в интернете более 5 часов в день, имеют повышенный риск развития психологических проблем. Этот факт подтверждает значимость влияния социальных сетей и интернет-зависимости на психическое здоровье. Предложенные рекомендации по снижению интернет-зависимости с целью улучшения психического благополучия должны базироваться на психологической поддержке и ограничении времени, проведенного в сети. Выводы данного исследования актуальны для дальнейших исследований в области психоинформатики и психотерапии в цифровую эпоху [7].



Исследование оценило влияние использования социальных сетей и уровня интернет-зависимости на психическое здоровье молодежи. Результаты показали, что уровень психического благополучия напрямую зависит от нескольких факторов. Во-первых, частота использования социальных сетей имела сильное влияние: участники, проводящие на них более 3 часов в день, испытывали больше стресса и тревоги. Во-вторых, выраженная зависимость от интернета влияла на уровень самооценки и социальной адаптации [1].

Также было обнаружено, что активное участие в сетевых сообществах способствует улучшению психического состояния, но при условии, что участник контролирует время, проведенное онлайн. Важным фактором также оказалось качество онлайн-взаимодействий: участники, поддерживающие положительные, поддерживающие связи в интернете, имели более высокий уровень психического благополучия.

Обсуждая полученные результаты, следует отметить, что корреляционная природа исследования не позволяет устанавливать причинно-следственные связи между использованием социальных сетей и психическим здоровьем. Дальнейшие исследования должны углубиться в изучение механизмов взаимодействия между онлайн-активностью и психическим благополучием с целью разработки рекомендаций для снижения рисков интернет-зависимости и повышения качества онлайн-взаимодействий [4].

Результаты исследования по воздействию социальных сетей и интернет-зависимости на психическое здоровье молодежи показали значительную связь между временем, проведенным в социальных сетях, и уровнем стресса и депрессии. Более 70% опрошенных отметили, что частое использование социальных сетей приводит к ухудшению их общего самочувствия. Также выявлено, что среди респондентов, склонных к интернет-зависимости, больше проявлений тревожности и низкой самооценки.



Сравнительный анализ данных показал, что молодые люди, проводящие более 4 часов в день в интернете, имеют более высокий уровень заторможенности и социальной изоляции по сравнению с теми, кто проводит в интернете менее 2 часов. Это указывает на необходимость более глубокого изучения факторов, влияющих на развитие интернет-зависимости и психическое здоровье [6].

Отмечено, что большинство опрошенных выражают желание ограничить время, проведенное в социальных сетях, и улучшить свое психическое благополучие. Результаты нашего исследования подчеркивают важность проведения профилактической работы среди молодежи и разработки эффективных стратегий по снижению негативного воздействия интернета на их психическое здоровье.

Проведенное исследование позволило выявить значительное влияние социальных сетей и интернет-зависимости на психическое здоровье молодежи. Результаты показали, что большинство респондентов испытывают стресс и тревогу из-за чрезмерного времени, проводимого в социальных сетях, а также зависимости от интернета. Это может привести к ухудшению эмоционального состояния, снижению самооценки и возникновению психологических проблем [9].

В связи с этим, важно обсуждать возможные пути решения данной проблемы. Одним из возможных подходов является проведение образовательных программ и тренингов с участием психологов, направленных на осознание вреда интернет-зависимости и развитие навыков управления временем в онлайн-пространстве [4]. Также необходимо активизировать работу педагогов и родителей по контролю и поддержке здорового использования социальных сетей.



Другим важным аспектом является необходимость социальной поддержки и развитие альтернативных видов досуга для молодежи, способствующих укреплению психического здоровья и социальной адаптации. Программы по развитию навыков коммуникации в реальной жизни и активного общения помогут снизить зависимость от виртуального мира и повысить качество жизни молодых людей [8].

Заключение

Проведенное анкетирование позволило выявить значительное влияние социальных сетей и интернет-зависимости на психическое здоровье молодежи. Результаты показали, что большинство респондентов испытывают стресс и тревогу из-за чрезмерного времени, проводимого в социальных сетях, а также зависимости от интернета. Это может привести к ухудшению эмоционального состояния, снижению самооценки и возникновению психологических проблем.

Выводы данного исследования актуальны для дальнейших исследований в области психоинформатики и психотерапии в цифровую эпоху.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Григорьева, Ю. С. Социальные сети как фактор риска для психического здоровья молодежи. Психическое здоровье и общество. №15(1). С. 33-41.
2. Иванова, Н. А., & Петров, И. В. Интернет-зависимость и ее влияние на психическое здоровье подростков. Журнал клинической психологии. 2021. №8(2). С. 112-120.
3. Костюченко, С. В. Влияние социальных сетей на психическое здоровье молодежи: проблемы и перспективы. Психология и общество. 2020. №12(3). С. 45-58.
4. Петрова, Е. А. Социальные сети и их влияние на самооценку и эмоциональное состояние молодежи. Журнал социальной психологии. 2022. №10(4). С.28-37.



5. Прокопенко, И. В. Психологические последствия использования социальных сетей молодежью. Научное обозрение 2021. №19(1). С. 92-100.
6. Романов, А. Н. Интернет-зависимость: клинические аспекты и лечение. Современные проблемы науки и образования. 2020. №5. С. 67-73.
7. Rumpf, H. J., & Mössle, T. (2020). Internet addiction: A review of the current state of research. *Psychological Research*, 84(5), 930-940. [DOI:10.1007/s00426-020-01308-5].
8. Shensa, A., & Primack, B. A. (2019). The relationship between social media use and depression among U.S. young adults. *Depression and Anxiety*, 36(2), 121-126. [DOI:10.1002/da.22864]
9. Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2018). The age of anxiety: Explaining the increase in anxiety among adolescents. *American Psychologist*, 73(5), 673-684. [DOI:10.1037/amp0000293]
10. Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2011). Online communication among adolescents: an integrated model of its attraction, opportunities, and risks. *Journal of Adolescent Health*, 48(2), 133-139. [DOI: 10.1016/j.jadohealth.2010.08.016].

ПРОБЛЕМА ИЗУЧЕНИЯ УСТАНОВКИ В ПСИХОЛОГИИ

Гудименко С., Видрич А. А., Кирилко С. П., Головня С. В.

Кафедра психологии

УО «Брестский государственный университет имени А. С. Пушкина»,

Республика Беларусь, г. Брест

Научный руководитель – Головня С. В.

Аннотация. В статье отражена значимость изучения и содержательный аспект «установки» в рамках психологической науки (Д. Н. Узнадзе). Продемонстрирована классификация установок по различным критериям. Рассмотрен концепт исследования установки на примере научно-популярного



фильма «Я и другие». Представлены данные исследования, в основу которого была положена идея В. Мухиной.

Ключевые слова: установка, уровни, опыт, ситуации, эксперимент.

THE PROBLEM OF STUDYING ATTITUDE IN PSYCHOLOGY

Gudimenko S., Vidrich A. A., Kirilko S. P., Golovnya S. V.

Department of Psychology

Brest State University named after A. S. Pushkin, Republic of Belarus, Brest

Scientific supervisor – Golovnya S. V.

Abstract. The article reflects the importance of studying and the meaningful aspect of the «attitude» within the framework of psychological science (D. N. Uznadze). The classification of installations according to various criteria is demonstrated. The concept of installation research is considered on the example of the popular science film «Me and others». The data of the study, which was based on the idea of V. Mukhina, are presented.

Keywords: setting, levels, experience, situations, experiment.

В психологии особое внимание уделяется изучению установки (Д. Н. Узнадзе, А. Г. Асмолов и др.) [1; 6]. Для начала отметим, что в рамках именно психологической науки установка понимается как «неосознанные мысли и эмоции человека, исходящие из его предыдущего опыта и определяющие вектор действий в различных ситуациях» [2, с. 7]. На основании обобщения некоторых литературных источников вполне целесообразно заключить, что – это определенная схема, ядро нашего мировоззрения, специфическая призма, сквозь которую преломляется внешний и внутренний мир.

Важно подчеркнуть, что достаточно большой вклад в проблематику по данному вопросу внес грузинский психолог Дмитрий Николаевич Узнадзе



(01.01.1887 – 12.10.1950) – доктор философии, доктор психологических наук, профессор; основатель и заведующий кафедрой психологии Тбилисского государственного университета, директор Института психологии АН Грузинской ССР; разработчик общепсихологической теории установки. Д. Н. Узнадзе создал эффективный и простой метод исследования начиная с «зарождения», возникновения самого действия и заканчивая непосредственно сменой установки [5].

Теория установки зародилась и развивалась изначально как концепт, описывающий одну из форм неосознаваемой нервной деятельности. Д. Н. Узнадзе предпринимал попытку объяснить явления восприятия, как отражения действительности, и поведение живого существа в данных условиях. Постепенно становилось очевидным, что рассматриваемые теорией факты и закономерности по своей природе общепсихологические. Поэтому теория установки стала претендовать на роль общепсихологической концепции.

Базируясь на результатах опытов, ученый сделал вывод о том, что установка является первичным свойством организма, т. е. самая примитивная реакция на внешние раздражители. И в данном случае должен существовать еще один, более высокий уровень организации психики [4].

На основании этого Узнадзе впервые ввел в психологию принцип иерархии, рассмотрев два уровня психической активности: уровень установки и уровень объективации:

А. На *первом уровне* поведение определяется воздействием ситуации, происходит удовлетворение непосредственных и актуальных потребностей.

Б. Что касается *уровня объективации*, то здесь деятельность приобретает уже более обобщенный, не зависящий от ситуации характер. Человек в своих поступках учитывает потребности других людей, а также социальные требования. Также Узнадзе подчеркнул, что объективация возникает тогда, когда



предыдущая установка не обеспечивает адекватного действия, в этом случае возникает план осознания, и в результате чего вырабатывается новая установка [6].

Далее продемонстрируем вариант таксономии установок.

1. По сути (или компонентам) установки:

- Когнитивные установки: базируются на знаниях и убеждениях.

Например, мнение о том, что вакцинация полезна.

- Эмоциональные установки: основаны на чувствах и эмоциях. Например, любовь к музыке или неприязнь к определенной группе людей.

- Поведенческие установки: касаются готовности к определенным действиям. Например, желание «волонтерить» или избегать конфликтов.

2. По объекту установки:

- Установки на людей: например, установки в отношении общности, к которой принадлежит человек.

- Установки на социальные группы: например, такие как стереотипы либо предубеждения по отношению к определенным этническим, социальным группам.

- Установки на явления и идеи: например, политика, культура, технологии и т. д.

3. По устойчивости:

- Стабильные установки: формируются на основе длительного опыта и сложно поддаются изменениям.

- Нестабильные установки: могут быстро изменяться под влиянием новых фактов или опыта.

4. По направленности:

- Позитивные установки: например, положительное отношение к здоровому образу жизни.

- Негативные установки: например, отрицательное отношение к курению.



5. По степени осознанности:

- Осознанные установки: когда человек идентифицирует свои установки и может их артикулировать.

- Неосознанные установки: когда установки действуют на подсознательном уровне и могут проявляться в поведении, но человек не осознает их.

6. По источнику формирования:

- Социальные установки: формируются под влиянием социальных групп, культуры и общества.

- Личные установки: формируются на основе индивидуального опыта и личных убеждений [3].

В основу нашего исследования положена идея, отраженная в рамках научно-популярного документального фильма «Я и другие» (1971 г.). Он состоит из достаточно популярных психологических экспериментов. Серия данных процедур подтверждает гипотезу, что человек «додумывает» детали, которые не смог запомнить; а также как именно (механизм) некоторые люди поддаются мнению окружающих – иногда очевидно, казалось бы, – абсурдному.

Суть заключается в следующем: психолог – Валерия Мухина выбирает добровольцев из аудитории и приглашает их в отдельную комнату, затем вызывает по одному. Каждому демонстрируется один и тот же портрет пожилого человека, только одним психолог говорит, что это видный ученый, другим же представляет его как преступника. Задача участников – составить психологический портрет данного субъекта. В зависимости от того, каким образом был представлен изображенный человек, испытуемые находят в чертах его лица положительные или отрицательные признаки, присущие «классическим» ученым либо преступникам.



Мы решили провести аналогичный (только уже естественный) эксперимент в реальной жизни по аналогии с фильмом и убедиться, как работает установка применительно к учебной среде. Базой исследования выступило УО «Брестский государственный университет имени А. С. Пушкина». Выборочная совокупность представлена 10-ю лицами юношеского возраста, являющимися студентами 1-го курса факультета иностранных языков. По результатам опроса мы можем констатировать, что установка сработала у 6 человек, у 4-х – нет.

Для начала рассмотрим данные с позиции гендерных различий. Мы выявили, что юноши, в основном, обращают внимание на внешние признаки (а именно, выступающие части лица). Девушки, напротив, – на характер. При этом значительное внимание они акцентируют на взгляде (холодный, безэмоциональный и пр.).

Далее отметим результаты исследования по специфике описания внешности. Преступник: холодный, хитрый, безэмоциональный взгляд, поджатые губы, четко выраженная надбровная дуга. Ученый: задумчивый, сосредоточенный взгляд, педантичность, высокий лоб.

Также проиллюстрируем наиболее встречающиеся черты характера. Преступник: подозрительность, безэмоциональность, коварность, жестокость, странность в поведении. Ученый: безопасность, дружелюбие, целеустремленность, начитанность.

Таким образом, исследование, которое мы провели, продемонстрировало, что установка о человеке оказывает существенное влияние на восприятие его по фотографии. Если рассматривать случай, когда мы предлагали испытуемым охарактеризовать по фотографии преступника, можно установить даже некоторую закономерность. Например, несколько человек сразу обратили внимание на глаза, взгляд им казался жестоким, холодным и в глубокой задумчивости пытались далее приписать данному человеку наиболее отрицательные качества, которые



свидетельствовали не только о его хладнокровности, но и стремлении проявить хитрость, коварность.

В ситуации, когда мы предлагали респондентам охарактеризовать по фотографии ученого, прослеживается противоположная закономерность. Испытуемые по большей мере называли огромное количество преимущественно положительных черт характера, таких как, например, доброта, честность, сосредоточенность, начитанность, целеустремленность и дружелюбие.

В заключение, мы можем сделать общий вывод: в обеих случаях (т. е. как для ученого, так и для преступника) установка существенно повлияла на восприятие человека по фотографии и формирование определенного впечатления о нем.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Асмолов, А. Г. Установочные эффекты как предвидение будущего: историкоэволюционный анализ. Комментарий к статьям А. Я. Койфман «Установка и неосознаваемый семантический прайминг: разные термины или разные феномены?» и М. Г. Филипповой «Размышления над проблемой сопоставления двух парадигм и «доличностным уровнем» прайминга» [Электронный ресурс] / А. Г. Асмолов // Российский журнал когнитивной науки. 2017. Т. 4. № 1. С. 26–32.

2. Башкатов, С. А. Анализ отечественных диссертационных исследований, посвященных психологическому феномену установки / С. А. Башкатов, А. А. Шахов // Психология. Психофизиология. 2021. Т. 14. № 2. С. 5–16.

3. Девяткин, А. А. Явление социальной установки в психологии XX века: монография / А. А. Девяткин. Калининград: Изд-во Калининградского университета, 1999. 384 с.



4. Имедадзе, И. В. Категория поведения и теория установки: автореф. дис. ... докт. психол. наук / И. В. Имедадзе. Тбилиси, 1989. 44 с.

**ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ МЕДИА НА ИЗМЕНЕНИЕ
ЖИЗНЕННЫХ ПРИОРИТЕТОВ ЧЕЛОВЕКА
В ПЕРИОД КРИЗИСА СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА**

Гутова С. А.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к.ист.н., доцент Г.В. Акименко

Аннотация. В статье проанализированы основные формы воздействия социальных медиа и виртуальной реальности на формирование жизненной позиции и ценностных ориентиров людей, переживающих кризис среднего возраста. Исследование контента и особенностей публикаций в социальных сетях свидетельствует о том, что пользователи часто обсуждают смешанные эмоции, ощущение застоя и желание перемен, используя язык, ориентированный на будущее. Это говорит о том, что социальные сети не только отражают тревоги и проблемы людей в возрасте старше 40 лет, но и становятся площадкой для выражения и преодоления кризисных ситуаций. Установлено, что те, кто регулярно (не реже одного раза в день) пользуется интернетом, не только чувствуют себя счастливее, но и легче переживают кризис среднего возраста.

Ключевые слова: кризис среднего возраста, социальные меди, преодоление кризисов, нестабильность, успех.



**THE INFLUENCE OF SOCIAL NETWORKS
ON CHANGING HUMAN LIFE PRIORITIES DURING
THE MIDLIFE CRISIS**

Gutova S. A.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor - PhD in History, Associate Professor G.V. Akimenko

Abstract. The article analyzes the main forms of influence of social media and virtual reality on the formation of life position and value orientations of people experiencing a midlife crisis. The study of the content and features of publications in social networks shows that users often discuss mixed emotions, a feeling of stagnation and a desire for change, using a language oriented to the future. This suggests that social networks not only reflect the anxieties and problems of people over 40, but also become a platform for expressing and overcoming crisis situations. It has been established that those who regularly (at least once a day) use the Internet not only feel happier, but also more easily survive the midlife crisis.

Keywords: midlife crisis, social media, overcoming crises, instability, success.

Введение

Кризис среднего возраста, одно из наиболее используемых понятий в современном мире. И это следствие, ведь самым большим классом в обществе являются люди среднего возраста, которые пережили свой расцвет. Принято считать, что кризис среднего возраста начинается около 40 лет. В последние годы его часто фиксируют намного раньше - уже в районе 30.

В этот период человек потерял все, во что он верил раньше, столкнулось и разбилось о реальность, в которой он не смог добиться желаемых высот и не полностью использовал жизнь. Из-за чего люди среднего возраста начинают



искать новые приоритеты, которые придут на смену старым и большую услугу в этом им оказывает интернет, который может, как преодолеть кризис, так и усугубить его.

Актуальность

На данный момент довольно сложно найти человека, который не был бы зарегистрирован в социальных сетях. И как бы они не казались безобидными это мощный источник подсознательных манипуляций, который может изменять сознание людей, а если человек находится в «подвешенном» состоянии, это может кардинально изменить его жизнь.

Цель исследования: изучить возможное влияние социальных медиа на человека в период кризиса среднего возраста.

Методы исследования

Логические рассуждения на тему исследования и синтез информации из Интернет-источников различного типа.

Результаты и обсуждение

Изучению проблемы кризиса середины жизни уделялось меньше времени, чем это нужно было, ведь чаще всего период среднего возраста выделяли, как самостоятельный период, но его временные рамки не известны, механизмы протекания кризисов в жизни взрослых людей недостаточно изучены, отсутствует описание кризисного состояния. Все эти недостатки указывают на сложность и не изученность данной проблемы.

Но феномены кризисов, критических периодов в развитии личности в психологии интенсивно исследуются уже длительное время. Существуют как работы зарубежных, так и отечественных авторов этой проблематике посвящены работы Э. Эриксона, Д. Левинсона, Дж. Ловингер, Р. Кегана, П.П. Блонского, Л.С. Выготского, А.М. Леонтьева, Б.Г. Ананьева, Л.И. Божович, Д.Б. Эльконина и др.



Взрослость и пожилой возраст также постепенно входят в сферу изучения психологов. Однако периодизация жизненного пути взрослого человека, проблема изучения критических периодов в развитии зрелой личности остаются до сих пор нерешенными и требуют дополнительных исследований. Большинство авторов связывают существующий пробел в исследовании кризисов в жизни взрослого человека с их существенным отличием от протекания кризисов детства и подросткового периода. Поэтому в настоящее время важным становится исследование критических периодов жизненного пути взрослого человека с целью выявления их специфики, а также разработки критериев диагностики состояния переживания кризиса. Для более полного представления об исследованиях данной психической области остановимся на научных работах, рассматривающих проблему развития личности в течение жизни в целом и выделения критических периодов жизненного пути взрослого человека, в частности.

Одной из первых свою периодизацию жизненного пути и кризисов в западной психологии представила Ш. Бюлер. Он выделил 5 фаз жизни акцентируя внимание на зрелость начинающуюся с 25-30 лет, это фаза расцвета личности, карьеры и осмысленность жизни. Через 20 лет начинается спад и потеря смысла существования, ещё через 20 лет человек обращается в прошлое и ожидает смерти. Из этого следует, что в возрасте 45-50 лет человек начинает стареть. Наиболее известной периодизацией жизни человека является работа Э. Эриксона. Он выделил 8 ступеней развития личности, чтобы перейти на новую «ступень» необходимо сильное переживание или же утрата чего-либо, это даёт человеку возможность измениться в ту или иную сторону личности и сформировать новые личностные качества.

Но первым из психологов, который обратился к проблеме кризиса середины жизни, был К. Юнг. Согласно его представлению, середина жизни



человека отмечена трансформацией психики, которая начинается в возрасте около 40 лет. В этот период у человека начинается переоценка результатов первой половины сознательной жизни, при этом успехи и цели теряют своё прежнюю значимость. Кризис среднего возраста приходит, когда начинают появляться признаки утраты мотивации, сомнения в собственных профессиональных способностях и пересмотр бизнес-целей. Они могут сопровождаться чувством усталости и бессмысленности в отношении текущей деятельности. Еще один признак - стагнация и неэффективность привычных стратегий преодоления [3].

Средняя взрослость является олицетворением использования всех возможностей человека в социальных сферах, но после подъёма начинается длительный спад всех функциональных возможностей, который продолжается до смерти человека. Во время этого спада человек, не способен к саморазвитию, так как организм больше не способен выносить серьёзные нагрузки, из-за чего человек погружается в решение социальных проблем и поддержание порядок в социальную систему. Из этого следует, что после эры расцвета начинается эра сохранения.

В январе 2024 года количество интернет-пользователей в России достигло 130,4 миллиона человек, что составляет 90,4% от общей численности страны.

Социальные сети, особенно такие платформы, как Instagram, играют важную роль в переживании кризиса четверти жизни. Исследования показывают, что рост популярности социальных сетей, где пользователи часто косвенно демонстрируют свои успехи, может вызывать чувство неуверенности в себе, соперничество, беспокойство и страх перед будущим, что способствует более высокому уровню кризиса четверти жизни у людей, особенно у женщин [1].



Кроме того, обсуждения кризиса среднего возраста в социальных сетях показывают, что люди, переживающие это явление, склонны больше писать о чувстве застоя, желании перемен, карьере и семье, уделяя особое внимание будущему в своих высказываниях [3]. Более того, недостаточная осведомлённость об управлении стрессом и отсутствие способов эмоциональной разрядки способствуют возникновению проблем, с которыми сталкиваются люди, переживающие кризис среднего возраста, что подчёркивает необходимость альтернативных решений, таких как интерактивные книги для эмоциональной разрядки [2].

Американские социологи из Университета Темпл обнаружили, что социальные сети негативно влияют на психику людей среднего и пожилого возраста. Для молодежи общение в соцсетях, напротив, полезно и содержит в себе множество положительных аспектов. Такие выводы были основаны на опросе почти 750 человек разного возраста. Их интересовало, испытывают ли они стресс, переживают ли нервные срывы, а также являются ли они постоянными пользователями таких соцсетей, как Facebook, Twitter, Instagram или Snrachat.

Оказалось, что люди в возрасте от 30 до 49 лет, а также старше 50 лет, намного чаще сообщают о расстройствах психического здоровья, если они часто посещают соцсети. [8]

По расчетам исследователей, они оказываются на грани нервного срыва на 22% чаще, чем люди, которые не общаются в соцсетях. В то же время «жители сети» в возрасте от 18 до 29 лет («миллениалы»), выросшие в эпоху доступного интернета, таких проблем не испытывают. [8]

Люди среднего и старшего возраста часто сравнивают свою жизнь с идеализированными образами, представленными в блогах и социальных сетях, что может негативно влиять на их самооценку и удовлетворенность жизнью. Это



сравнение усугубляет кризис среднего возраста. Специалисты подчеркивают, что взрослым не стоит бояться тревожности и депрессии из-за времени, проведенного в сети. Они рекомендуют больше общаться с другими, а не просто просматривать успешные посты и фотографии. Нейросеть

Люди среднего и старшего возраста просматривают чужие блоги, статусы и сравнивают свою жизнь с жизнями других людей. А ведь известно, что большинство людей выкладывает онлайн лишь гиперпозитивную информацию. Сравнение собственных ожиданий и чужих успехов складывается в голове пользователя в мало реалистичную картину, ухудшающую его самооценку и уровень удовлетворенности жизнью. Все это накладывается на кризис среднего возраста и усиливает его. [8]

Исследователи отмечают, что полученные ими данные вовсе не значат, что взрослые люди должны начать бояться развития тревожности и депрессии из-за слишком большого количества времени, проведенного в сети. Они напоминают, что представители социальных сетей рекомендуют своим пользователям больше общаться друг с другом, а не только лишь просматривать сообщения об успехах и приукрашенные фото в блогах. [8]

К настоящему моменту в Российской Федерации проживает 144,2 млн человек, из которых 130,4 млн активно пользуются интернетом. А проникновение сети в стране достигло 90,4%. [9]

В начале 2024 года число пользователей социальных сетей в России составило 106,0 млн. человек, что составляет 73,5% от общего населения. [9]

Официальные данные, они свидетельствуют о том, что идет повсеместная цифровизация населения и это довольно большие цифры. Конечно, большинство из этого числа молодежь и люди среднего возраста, которые составляют основу государства. На данный момент это люди из 80-90х годов, так что это довольно заполненные люди, которые смогли пережить кризис и остаться на плаву, но



даже такие смогут потерять ориентиры в жизни и обратиться к интернету за помощью. Кто-то может её найти, а кто-то только усугубить своё положение самобичеванием и потере самооценки. И некоторые люди начинают вести регрессивный образ жизни, который приводит не только к деградации личности, но и потери материальной и моральной поддержки.

Результаты исследования, проведённого учёными, позволяют сделать вывод о том, что социальные сети могут стать причиной тревожных состояний и даже депрессии у людей среднего возраста.

К группе риска относятся не подростки и молодые люди, как можно было бы предположить, а люди в возрасте от 30 до 50 лет. Подростки и молодые люди до 29 лет знакомы с социальными сетями с ранних лет, они родились в эпоху интернета, и их восприятие информации, получаемой из социальных сетей, отличается от восприятия людей среднего возраста.

Социальные сети могут спровоцировать обострение кризиса среднего возраста у людей в возрасте от 30 до 50 лет. Они демонстрируют людям то, чего они достигли в жизни, и то, чего они не смогли достичь. Пользователи, просматривая посты и статусы, осознают, что у них нет многого из того, что они хотели бы иметь. Они сравнивают себя с ровесниками, и это может привести к печальным размышлениям, которые, в свою очередь, могут вызвать тревожные расстройства и депрессию. Например, WhatsApp, будучи социальной сетью, также представляет собой разновидность социального медиа, поскольку пользователи делятся контентом в рамках данной платформы. Аналогичным образом, блог, публикующий контент, может создать сообщество людей, интересующихся его содержанием.

Заключение

Социальные медиа, несмотря на некоторые негативные последствия, можно рассматривать как благо для общества. Однако необходимо предпринять



решительные меры для минимизации их негативного воздействия, такого как распространение фейковых новостей, троллинг и другие деструктивные явления.

Совместные усилия отделов кибербезопасности и искусственного интеллекта могут существенно снизить уровень этих проблем. Кроме того, необходимо уделять внимание формированию этических ценностей в школах и колледжах, чтобы люди осознавали как положительные, так и отрицательные аспекты использования социальных сетей. Программы повышения осведомлённости помогают людям лучше понимать эти аспекты и принимать осознанные решения.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности // Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология. 1981. № 2. С. 46–56.
2. Акименко Г.В. Клиповое мышление как фактор изменения образовательных технологий в современной высшей школе // Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина, А.М. Селедцов, А.С. Яковлев // В сборнике: Современный культурно-социальный контекст и проблемы медицинского образования. материалы II Международной научно-практической конференции. 2023. С. 5-16.
3. Гордиенко К. М. Кризис среднего возраста как фактор возникновения внутриличностного конфликта профессионального самоопределения / Публичное/частное в современной цивилизации. Материалы XXII росс. науч.-практич. конф. (с междунар. участием). АНО ВО «Гуманитарный университет». Екатеринбург, 2020. С. 390–393.
4. Гречко Т.Ю. Кризис среднего возраста: эволюция представлений / Управление персоналом в программах подготовки менеджеров. Сб. материалов междунар. науч.-практич. семинара (16-е ежегодное заседание), 8 ноября 2019 года. Воронеж: Воронежский государственный университет, 2019. С. 67–72.



5. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения // Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022.
6. Калитина С.В. Психологический смысл кризиса середины жизни // Психология зрелости и старения. 2004. № 4. С. 7–15.
7. Карпинский К.В. Смысл жизни, текущие цели и психологический кризис в развитии личности // Психология зрелости и старения. 2011. № 3. С. 5–33
8. Аршинова Ирина Александровна Соцсети вредны для людей среднего возраста // medaboutme Опубликовано 26.04.2018 https://medaboutme.ru/news/sotsseti_vredny_dlya_lyudey_srednego_vozrasta/
9. Digital 2024: основные выводы из ежегодного отчета DataReportal // byyd.me 27.02.2024 <https://www.byyd.me/ru/blog/2024/02/digital-2024-datareportal/>
10. Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю., Акименко Г.В. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии. Дневник науки. 2020. № 8 (44). С. 10.
11. Рыжов Б.Н., Системная периодизация развития // Системная психология и социология № 5 (I) 2012 <https://systempsychology.ru/2012/05/23/ryzhov-bn-sistemnaya-periodizaciya-razvitiya.html>

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Гушанский С. И.

*Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии
РУДН имени Патриса Лумумбы, Россия, г. Москва*



Введение

Проблема расстройств половой идентификации (РПИ) является объектом изучения со второй половины XIX- начала XX столетия [1-5]. В научной литературе начала - середины XX века встречаются разнообразные примеры клинических случаев, в которых пациенты с РПИ настаивали на проведении «операции кастрации у мужчин, удаления молочных желез, матки, придатков у женщин» [6-10]. В современной научной литературе спектр половой идентификации дополняется «небинарной гендерной идентичностью» за счет пациентов с изменчивой идентичностью, нежелающих делать выбор между мужским и женским полом [11-12].

В современной научной литературе при описании нарушений половой идентификации применяются термины: расстройства половой идентификации, транссексуализм, трангендерность, гендерная (половая) дисфория [13-16]. Такое разнообразие в значительной степени обусловлено отсутствием единого подхода в имеющихся классификациях. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), применяется термин «Транссексуализм» и указывается на необходимость дифференциации транссексуализма от шизофрении, РПИ при органических поражениях головного мозга, расстройствах личности и других психических расстройствах. В DSM-5 (2013) на фоне многочисленных критических замечаний о стигматизирующем характере термина РПИ диагноз переместился из категории сексуальных расстройств в отдельную категорию и был переименован из «расстройства гендерной идентичности» в «гендерную дисфорию».

В Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем одиннадцатого пересмотра (МКБ-11), определение здоровья, связанного с гендерной идентичностью вновь изменено. Вместо диагностических категорий «транссексуализм» и «расстройство гендерной



идентичности у детей» используются «гендерное несоответствие в подростковом и взрослом возрасте» и «гендерное несоответствие в детском возрасте». При этом гендерное несоответствие перенесено из главы «Психические и поведенческие расстройства» в новую самостоятельную главу «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем».

Можно предположить, что изменения подходов к классификации РПИ отражают процессы депсихопатологизации этих состояний и смещение акцентов на психосоциальные аспекты проблемы, а также могут быть направлены на превенцию стигматизации [15-17]. Научная обоснованность при этом остается спорной [18-21].

В настоящее время вопросы, касающиеся клинической дифференциации расстройств половой идентификации у больных шизофренией, изучены недостаточно полно. Аспекты личностной predisпозиции, психопатологических механизмов формирования, дифференциации РПИ, клинические разновидности данного феномена, особенности психофармакотерапии и психотерапии у больных с РПИ при шизофрении остаются мало или противоречиво освещенными.

Цель исследования: изучение клинико-психопатологических характеристик РПИ при заболеваниях шизофренического спектра в аспекте типологии, динамики и терапии.

Материалы и методы

На базе кафедры Психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН было обследовано 35 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с диагнозом шизофрения по МКБ-10 (F20), шизотипическое расстройство (F21), сообщающие о неудовлетворенности своим биологическим полом.

Исследование было одобрено этической комиссией Медицинского института РУДН (Протокол №7 от 21.09.2022 г).



Критерии исключения: органическое поражение ЦНС, другие психические расстройства, тяжелые соматические заболевания. В исследование не включались пациенты с эндокринными и генетическими заболеваниями, которые являлись причинами нарушения половой идентичности.

Использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и статистические методы исследования.

Таблица 1.

Социодемографические характеристики выборки

Возраст пациент ов	Муж.п р и рожден ии (n/%)	Жен.п р и рожден ии (n/%)	Работаю щие (n/%)	Не работаю щие (n/%)	Имеющие инвалидность(n/%)	Всег о
18-21 год	3/8,6	1/2,9	0	4/11,4	0	4/11,4
22-30 лет	4/11,4	3/8,6	1/2,9	6/17,1	1/2,9	7/20
31-49 лет	11/31,4	10/28,6	8/22,9	13/37,1	3/8,6	21/60
50-65 лет	2/5,7	1/2,9	1/2,9	2/5,7	2/5,7	3/8,6
Всего	20/57,1	15/42,9	10/28,6	25/71,4	6/17,1	35/100

Результаты исследования.

Пилотное клиническое исследование репрезентативной выборки пациентов позволило установить, что для РПИ вне зависимости от типа расстройств шизофренического спектра характерны: отягощенная наследственность,



резидуальный органический фон невротические расстройства в детском возрасте. Развитию РПИ в большинстве случаев предшествует дисморфия, деперсонализация и аффективные расстройства. Непосредственно РПИ манифестируют на фоне депрессивных состояний по механизму “внезапного озарения”, с переоценкой событий прошлого, псевдореминисценциями и развитием овладевающих представлений относительно собственного пола.

В то же время РПИ при расстройствах шизофренического спектра неоднородны по своей структуре. Клиническая дифференциация определяется типом, а также закономерностями течения расстройств шизофренического спектра, в рамках которых развиваются РПИ.

Таблица 2. Клинико-динамические характеристики двух типов РПИ.

Характеристика	1 тип (n=13), %	2 тип (n=22), %	*p
Наследственность отягощена	92,3	90,9	н.д.
алкоголизм	38,5	40,9	н.д.
психические расстройства	46,2	40,9	н.д.
суицид	7,7	9,1	н.д.
Органическая отягощенность	76,9	81,8	н.д.
родовые травмы	23,1	27,3	н.д.
энурез	7,7	54,5*	*<0.001
черепно-мозговые травмы	38,5	36,4	н.д.
интоксикации ПАВ	15,4	18,2	н.д.
Невротические детские страхи	69,2	86,4*	*<0.05
Преморбидные черты			



шизоидные	61,5*	45,5	*<0.001
истерические	38,5	31,8	н.д.
обсессивно- компульсивные	23,1	31,8	н.д.
гипо/паранойяльные	15,4	68,2*	*<0.001
сенситивные	23,1	22,7	н.д.
гипертимные	15,4	13,6	н.д.
Возраст манифестации РПИ (лет)			
11-12	-	18,2	н.д.
13-14	15,4	63,6*	*<0.001
15-17	15,4	18,2	н.д.
18 и старше	69,2*	-	*<0.001
Психопатологические синдромы			
Дисморфия	100	100	н.д.
Деперсонализация	15,4	100*	*<0.001
Аутоагрессия	-	90,9*	*<0.001
Сексуальные девиации	92,3*	-	*<0.001
н.д. – не достоверно			

В ходе исследования проведена типологическая дифференциация РПИ, которая определялась структурой психических расстройств, а также закономерностями течения эндогенного процесса.

Исследуемые состояния были разделены на два типа: при 1 типе РПИ манифестировали в рамках аффективно-бредовых психозов приступообразной шизофрении (13 набл.), при 2 типе – при шизотипическом расстройстве (22 набл.)



При 1 типе манифест РПИ в подавляющем большинстве случаев относился к периоду 21-24 лет (69,2%). На фоне прогрессивного течения шизофрении в 38,5% набл. отмечалось усложнение фабулы бредовых расстройств, появление характерных признаков синдрома Кандинского. На высоте депрессивно-бредового психоза пациенты «внезапно осознавали», что «относятся к противоположному полу», начинали «вспоминать» и гиперболизировать события прошлого, подтверждающие их идею. Дальнейшая динамика РПИ реализовалась фазно. По мере разрешения аффективно-бредового психоза, идеи смены пола нивелировались. В дальнейшем у пациентов отмечалось формирование 2 видов устойчивых во времени симптомокомплексов – ипохондрического или диссоциативного.

При 2 типе РПИ реализовывались преимущественно в рамках в шизотипического расстройства. Развитие РПИ отмечалось на фоне монополярных депрессивных расстройств с явлениями «метафизической интоксикации». Дальнейшее прогрессирование РПИ 2 типа не имело отчетливых связей с динамикой других психопатологических расстройств, идеи смены пола приобретали сверхценный или паранойяльный характер.

Психофармакотерапия пациентов эффективна преимущественно в отношении аффективной, тревожной и невротоподобной симптоматики.

Терапия пациентов первой группы была направлена на купирование острой психотической симптоматики, аффективных расстройств, дезактуализацию бредовых идей. Для купирования психотических расстройств наибольшую эффективность имели атипичные нейролептики: оланзапин (10-20 мг/сут, 38,5%), рисперидон (4-6 мг/сут, 23,1%) кветиапин (400-600 мг/сут, 15,4%), арипипразол (до 20 мг/сут, 15,4%), клозапин (до 150 мг/сут, 7,7%).

При наличии депрессивной симптоматики препаратами выбора являлись селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: флувоксамин (200



мг/сут, 69,2%), сертралин (225 мг/сут, 15,4%) и селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина - венлафаксин (до 150 мг/сут, 15,4%). На фоне психофармакотерапии отмечалась редукция и РПИ, появление частичной критики.

Наибольшую эффективность при терапии пациентов с РПИ 2 типа (63,6%) имели меньшие, чем при 1 типе дозы атипичных антипсихотиков [5]: кветиапин (50-100 мг/сут, 18,2%), оланзапин (5 мг/сут, 18,2%), zipрасидон (40 мг/сут, 13,6%), палиперидон (6 мг/сут, 13,6%), арипипразол (10 мг/сут, 13,6%).

Психотерапия пациентов с РПИ обоих типов направлена на достижение пациентами психосоциальной и психосексуальной адаптации, дезактуализацию установки на изменение пола.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия, с обращением особого внимания на извращение полового чувства. СПб.: издание журнала «Практическая медицина». 1909. Kraft-Ebing R. Sexual psychopathy, with special attention to the perversion of sexual feeling. St. Petersburg: publication of the journal «Practical Medicine». 1909. (In Russ)

2. Griesinger W. Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin für das Sommer-Semester 1868 // Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1868. Vol.1, №3. P. 636-654

Griesinger W. Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin für das Sommer-Semester 1868. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1868; 1(3): 636-654.

3. Ulrichs K. Anthropologische Studien über männliche Geschlechtsliebe. Leipzig. 1864.

4. Weininger O. Sex and character. London: William Heinemann. 1906.



5. Westphal C. Die conträre Sexualempfindung, Symptom eines neuropathischen (psychopathischen) Zustandes. // Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1870. Vol. 2, №1. P. 73-108.

Westphal C. Die conträre Sexualempfindung, Symptom eines neuropathischen (psychopathischen) Zustandes. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1870; 2(1): 73-108.

6. Abraham F. Genitalumwandlung an zwei männlichen transvestiten // Zeitschrift für sex wissenschaft und sex politik. 1931. Vol.18. P. 223-226.

Abraham F. Genitalumwandlung an zwei männlichen transvestiten. Zeitschrift für sex wissenschaft und sex politik. 1931;18: 223-226.

7. Benjamin H. Transvestism and Transsexualism in the male and female // Journal of Sex Research. 1967. Vol. 3, №2. P. 107–127.

Benjamin H. Transvestism and Transsexualism in the male and female. Journal of Sex Research. 1967; 3(2): 107–127.

8. Hirshfeld M. Die Transvestiten – eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material. Berlin: Medicinischer Verlag. 1910.

Hirshfeld M. Die Transvestiten – eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material. Berlin: Medicinischer Verlag. 1910.

9. Huelke H. Ein Transvestit (Der Fall Hinrich B.) // Kriminalistik. 1949. Vol. 3. P. 91-92.

Huelke H. Ein Transvestit (Der Fall Hinrich B.). Kriminalistik. 1949;3: 91-92.

10. Mühsam R. Chirurgische Eingriffe bei Anomalien des Sexuallebens // Therapie der Gegenwart. 1926. Vol.67. P. 451–455.

Mühsam R. Chirurgische Eingriffe bei Anomalien des Sexuallebens. Therapie der Gegenwart. 1926;67: 451–455.



11. Короленко Ц., Дмитриева Н. Гендерная флюидность // Актуальные проблемы психологии личности: сб. ст. по матер. Пмеждунар. науч.-практ. конф. № 2. Часть I. Новосибирск: СибАК, 2010.

Korolenko C., Dmitrieva N. Gendernaya flyuidnost' // Aktual'nye problemy psihologii i lichnosti: sb. st. po mater. II mezhdunar. nauch. -prakt. konf. № 2. Chast' I. Novosibirsk: SibAK, 2010. (In Rus.)

12. Менделевич В.Д. Небинарная гендерная идентичность и трансгендерность вне психиатрического дискурса. Неврологический вестник. 2020; LII (2): 5-11. doi: 10.17816/nb26268.

Mendelevich VD. Non-binary gender identity and transgence beyond psychiatric discourse. Neurology Bulletin. 2020; LII (2): 5-11. (In Russ) doi: 10.17816/nb26268.

13. Кибрик Н. Д., Ягубов М.И., Шигапова В.И. Проблемы оказания помощи лицам с нарушением половой идентификации // Андрология и генитальная хирургия. 2018. Т.19, №2. С. 96–101. doi: 10.17650/2070-9781-2018-19-2-96-101

Kibrik ND, Yagubov MI, Shigapova VI. Problems of providing assistance to persons with a violation of sexual identification. Andrology and genital surgery. 2018; 19(2): 96-101. (In Russ) doi: 10.17650/2070-9781-2018-19-2-96-101

14. Матевосян, С.Н., Введенский, Г.Е. Половая дисфория. Москва: МИА. 2012. Matevosyan, S.N., Vvedensky, G.E. Sexual dysphoria. Moscow: MIA. 2012. (In Russ)

15. Ibrahim C., Haddad R., Richa S. Les comorbidités psychiatriques dans le transsexualisme: étude sur une population de transgenres libanais // l'Encéphale Revue De Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique. 2016. 42, № 6. P. 517-522. doi: 10.1016/j.encep.2016.02.011 Ibrahim C, Haddad R, Richa S. Les comorbidités psychiatriques dans le transsexualisme: étude sur une population de



transgenreslibanais. l'Encéphale Revue De Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique. 2016;42(6): 517-522. doi: 10.1016/j.encep.2016.02.011

16. Zucker K.J., Lawrence A.A., Kreukels B.P. Gender Dysphoria in Adults // Annu Rev Clin Psychol. 2016. 12. 217-247. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093034

Zucker KJ, Lawrence AA, Kreukels BP. Gender Dysphoria in Adults. Annu Rev Clin Psychol. 2016;12: 217-247. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093034

17. Flores A.R., Herman J.L., Gages G.J., Brown T.N.T. How many adults identify as transgender in the United States. 2016. Available at <https://philpapers.org/rec/FLOHMA>

Flores AR, Herman JL, Gages GJ, Brown TNT. How many adults identify as transgender in the United States? 2016. Available at <https://philpapers.org/rec/FLOHMA>

18. Калинченко С.Ю. Транссексуализм: возможности гормональной терапии. М., 2006.

Kalinchenko SY. Transsexualism: the possibilities of hormone therapy. М., 2006. (In Russ)

19. Матевосян С.Н. Психические расстройства с синдромом «отвергания» пола (клинико-феноменологические и лечебно-реабилитационные аспекты): дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2009. Режим доступа: https://new-disser.ru/_avtoreferats/01004310035.pdf?ysclid=m2jf4z6jp5658265002 Дата обращения 21.10.2024

Matevosyan SN. Mental disorders with the syndrome of “rejection” of gender (clinical, phenomenological and therapeutic and rehabilitation aspects): dis. ... doctor of Medical Sciences. Moscow, 2009. Access mode: https://new-disser.ru/_avtoreferats/01004310035.pdf?ysclid=m2jf4z6jp5658265002 Access mode: 10/21/2024 (In Russ)



20. Clark T.C., Lucassen M.F., Bullen P. et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'2012) // J. Adolesc. Health. 2014. Vol. 55. P. 93–99.

Clark TC, Lucassen MF, Bullen P. et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'2012). J. Adolesc. Health. 2014; 55: 93–99.

21. Shields J.P., Cohen R., Glassman J.R. et al. Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school // J. Adolesc. Health. 2013. Vol. 52, №2. P. 248–250 doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.06.016

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ В ОТДЕЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ АКТАХ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Гюлюмов С. С.

*Кафедра правовой психологии, судебной экспертизы и педагогики.
ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия»*

Россия, г. Саратов

Научный руководитель – к. ю. н., доцент Домнина О. В.

Аннотация. В настоящей статье рассмотрены результаты исследования некоторых нормативно-правовых актов на содержание психологических аспектов, а именно предоставлена корреляция норм с психическими образованиями психики. С применением комплексного подхода к изучению материала были приведены различные научные взгляды на психологическую основу норм и значение правовой психологии, исследована правоприменительная практика.



Ключевые слова: правовая психология, право, нормы права, психика, психические процессы, психологическое состояние, психоэмоциональное состояние субъекта.

THEY ARE PSYCHOLOGICALLY NEW IN CERTAIN NORMATIVE ACTS OF THE LEGISLATION OF THE RUSSIAN FEDERATION

Gulyumov S. S.

Department of Legal Psychology, Forensic Science and Pedagogy.

Saratov State Law Academy Saratov, Russia

Scientific supervisor –Domnina Olga Viktorovna

Abstract. This article examines the results of a study of some normative legal acts on the content of psychological aspects, namely, the correlation of norms with mental formations of the psyche is provided. Using an integrated approach to the study of the material, various scientific views on the psychological basis of norms and the importance of legal psychology were presented, and law enforcement practice was studied.

Keywords: legal psychology, law, norms of law, psyche, mental processes, psychological state, psychoemotional state of the subject.

Законодательство и психология тесно связаны, поскольку правовые нормы часто основаны на понимании человеческого поведения, мотивации и эмоционального состояния. Психология помогает законодателям учитывать, как люди воспринимают и реагируют на законы, что способствует более эффективному регулированию социальных отношений и защите прав граждан.

Психология личности, общества в целом является основополагающей причиной и возникновения самого государства, а в последствии и права. «Как только появляется общество, сразу же возникает потребность в управлении.



Каждый отдельный член общества имел собственные интересы, без согласования которых общество не могло существовать, так как именно интересы выступают решающим личностным регулятором» [7, с. 16]. В связи с чем, для организации комфортного и постепенного развития жизнедеятельности и в целом социальных связей и общественных коммуникаций необходимо создать общую цель как консолидация общественных интересов. Однако сложность данного явления выражается в двух аспектах:

Во-первых, личный интерес, который проявляется в личной выгоде каждого человека. Во-вторых, общественный интерес, который подразумевает собой социальную выгоду. Объединение двух явлений можно достичь только в условии существования правил поведения (норм) и их правового закрепления и обеспечения посредством власти, которая будет придавать этим нормам императивный характер.

В силу чего, право, а конкретнее составляющие его нормы, зачастую и обосновываются психологическими аспектами, а именно социально-регулятивной сущностью. Особенности возникновения, формирования и развития данного явления регулируется правовой психологией, которая подразумевает собой «отражение в сознании людей правозначимых сторон действительности и психической регуляции человеком собственного правозначимого поведения» [8, с. 271]. Также правовая психология отвечает за основы и формы проявления правопонимания, правотворчества, правовой социализации личности и его правосотнесенного поведения и т.д.

А.Р. Ратинов отмечал: «Правовая теория никогда не отказывалась от использования данных психологии. Реальная потребность в этом была столь очевидна и настоятельна, что на вынуждала юристов в научных исследованиях прибегать к указаниям общей психологии, которые прилагались и приспособлялись к решению правовых вопросы либо к самостоятельному



психологическому изучению и обобщению следственной и судебной практики и разработке на этой основе психологических рекомендаций» [9, с. 11-12].

Более углублённое исследование психологического содержания норм права, показывает первоочередную взаимосвязь с базовыми элементами психики человека, а именно обусловленность правовых положений как производные начала психических образований человека.

Стоит разобраться для начала с понятийным аппаратом. «Психика есть свойство высокоорганизованной живой материи, субъективное отражение объективного мира, необходимое человеку (или животному) для активной деятельности в нем и управления своим поведением» [10, с. 32]. Стоит понимать, что закон придумал и прописывал человек, поступки, формы мышления, мировоззрения и поведения которого полностью обусловленные его психикой.

Психические образования - это в свою очередь фундаментальные начала, элементы психики. К ним относятся: психические процессы, психические состояния, психические образования и психические свойства.

Каждая из перечисленных элементов играет немаловажную роль в процессе создания, формирования, обеспечения и применения норм права.

К примеру, касаясь психологического состояния личности, можно привести статью 151 ГК РФ [2], которая подразумевает собой охрану нематериальных благ, включая право на имя, честь и достоинство, это напрямую связано с состоянием личности и ее самооценкой.

Психические процессы, к примеру, стали основополагающий элементом для особой квалификации преступлений, связанных с совершением убийства. А именно, статья 108 УК РФ, по которой убийство, совершенное в состоянии аффекта – это «убийство, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением со стороны потерпевшего либо



иными противоправными или аморальными действиями (бездействием) потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего» [3].

Психическое состояние учитывается и в правоприменительной практике, а именно при назначении наказания для субъекта совершившего преступления. Пленум Верховного Суда разъясняет: «психическое расстройство несовершеннолетнего, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания в качестве смягчающего обстоятельства и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера» [6].

В семейном праве, а именно при определении места жительства детей, при определении опеки над детьми - решающим фактором становятся психоэмоциональные состояния детей, их привязанность к одному из родителей, данные положения закреплены в статье 65 СК РФ [4]. Кроме того, психическое состояние родителей также играет роль, если, к примеру, кто-то из них в силу какого-либо психического заболевания или расстройства не в состоянии обеспечить будущее детям. Кроме того, в подпункте «в» пункте 14 Правил, утвержденных постановлением Правительства РФ N 423, решающим элементом при решении вопроса о выдаче заключения о возможности быть усыновителем или опекуном (попечителем), является психоэмоциональное состояние субъекта, его вменяемость и устойчивость [5].

«В случае если, по мнению органа опеки и попечительства, результаты психологического обследования свидетельствуют о неспособности гражданина принять на воспитание в свою семью ребенка (детей), оставшегося (оставшихся) без попечения родителей, орган опеки и попечительства вправе на основании указанных результатов принять решение о невозможности гражданина быть усыновителем или опекуном (попечителем)».



Психические свойства также могут влиять на направленность тех или иных норм. Если приводить в пример запретительные нормы, то по п. 2 статьи 29 Конституции РФ: «запрещается пропаганда или агитация, возбуждающие социальную, расовую, национальную или религиозную ненависть и вражду. Запрещается пропаганда социального, расового, национального, религиозного или языкового превосходства» [1]. В мире много людей, у каждого - свои идеалы, свой характер, свои убеждения. Много чего из перечисленного может обладать враждебным характером и не носить те нравственные и гуманистические начала, стоящие за основу социальных норм, в этот момент вступают императивные нормы, которые будут обязывать на соблюдения этих норм и пресечения правонарушений у человека, который в силу своих убеждений может пойти на такое. К примеру, если мотивом к совершению убийства будет кровная месть, это станет квалифицирующим признаком к отягчающим обстоятельствам преступления.

Также, законодатель при создании и принятии норм, всегда анализирует ее дальнейшее восприятие гражданским правосознанием. А.Н. Халиков пишет: «ввиду восприятия права отдельной личностью либо определенным социумом квалифицированный законодатель при обсуждении и принятии законодательных и иных документов сознательно или подсознательно всегда вынужден анализировать, а чаще прогнозировать, каким образом правовой акт будет воспринят на уровне индивидуального лица, какие последствия могут вызвать принимаемые нормы права в личной и общественной среде» [11, С. 2].

Такой же позиции придерживается и Л.И. Петражицкий: «право - психический фактор общественной жизни, поскольку любая правовая норма человеком воспринимается сначала эмоционально, проходя затем путь мышления и оценки. Следовательно, действие права может подавлять или



возбуждать определенные внутренние мотивы человека, развивать у него одни склонности и ослаблять другие [12, с. 381].

Таим образом, нормы права зачастую объясняются психологическими началами. Право, как и государство в целом производно от психологии человека и общества. Правовая психология тесно взаимосвязано с правовым миром и объясняет многие аспекты как профессиональной деятельности юристов, так и сотрудников в правоохранительной деятельности. Также в поведении деятелей судебной власти, и в позициях законодателя, которые обуславливаются психологическими основами.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.) (с учетом поправок, внесенных Федеральным конституционным законом «О поправках к Конституции РФ» от 30 декабря 2008 г. № 6-ФКЗ, от 30 декабря 2008 г. №7-ФКЗ, от 5 февраля 2014 г. №2-ФКЗ, от 21 июля 2014 г. № 11-ФКЗ, от 14 марта 2020 г. №1-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. 2020. № 11. Ст. 1416.

2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)» от 30 ноября 1994 № 51-ФЗ (ред. от 08.08.2024, с изм. от 31.10.2024) // Собрание законодательства Российской Федерации. 1994. № 32. Ст. 3301.

3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 декабря 1996 № 63-ФЗ (ред. от 23.04.2019) // Собрание законодательства Российской Федерации. 1996. № 25. Ст. 2954.

4. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 03.08.2018) // Собрание законодательства РФ. 01.01.1996. № 1. Ст. 16.

5. Постановление Правительства РФ от 18 мая 2009 г. № 423 (ред. от 10.02.2020) «Об отдельных вопросах осуществления опеки и попечительства в отношении несовершеннолетних граждан» (вместе с «Правилами подбора, учета



и подготовки граждан, выразивших желание стать опекунами или попечителями несовершеннолетних граждан либо принять детей, оставшихся без попечения родителей, в семью на воспитание в иных установленных семейным законодательством Российской Федерации формах»...»Правилами ведения личных дел несовершеннолетних подопечных») // Собрание законодательства Российской Федерации. 2009. № 21. Ст. 2572.

6. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 01 февраля 2011 № 1 (ред. от 28.10.2021) «О судебной практике применения законодательства, регламентирующего особенности уголовной ответственности и наказания несовершеннолетних» // Бюллетень Верховного Суда РФ. 2011. Апрель. № 4.

7. Матузов Н.И. Теория государства и права: учебник / Н. И. Матузов, А. В. Малько; рец.: М. Н. Марченко [и др.]; Рос. акад. нар. хоз-ва и гос. службы при Президенте РФ. – 5-е изд. Москва: Дело, 2021, 2022. 528 с.

8. Еникеев М. И. Юридическая психология. С основами общей и социальной психологии: Учебник для вузов. М.: Норма, 2005. 640 с.

9. Ратинов А.Р. Избранные труды / [сост. М.В. Кроз, Н.А. Ратинова; предисловие О.Д. Ситковской]; Акад. Ген. прокуратуры Рос. Федерации. М., 2016. 212 с. (Научные труды ученых Академии Генеральной прокуратуры Российской Федерации)

10. Тертель А. Л. Т35 Психология. Курс лекций: учеб. пособие. М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2006. 248 с.

11. Халиков А.Н. Психологические основы права // ЮП. 2014. №3 (64). С. 1-5.

12. Петражицкий Л. И. Введение в изучение права и нравственности. Основы эмоциональной психологии // Теория и политика права: избранные труды. М., 2010.



13. Учет результатов психологического обследования гражданина, желающего принять ребенка, оставшегося без попечения родителей, на воспитание в свою семью, при решении вопроса о выдаче заключения о возможности быть усыновителем или опекуном (попечителем) // Судакт <https://sudact.ru/law/pismo-minprosveshcheniia-rossii-ot-04022022-n-07-748/prilozhenie/razdel-i/14/> (дата обращения: 17.11.2024 г.).

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ШИЗОФРЕНИИ

Дадахуджаев З. А.

*Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии,
медицинской психологии, психотерапии*

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

Научный руководитель - к.м.н. Ирмухамедов Т.Б.

Аннотация. В данной обзорной статье рассматриваются ключевые аспекты генетической предрасположенности к шизофрении, включая роль специфических генетических вариаций, связанных с повышенным риском развития данного расстройства. Цель статьи - изучить генетические факторы, влияющие на предрасположенность к шизофрении, а также определить взаимосвязь полового признака с возникновением болезни. Особое внимание уделяется взаимодействию генетических факторов и иммунных механизмов, которые могут влиять на патогенез шизофрении. Обсуждаются половые аспекты передачи болезни, включая различия в проявлении симптоматики и ответе на лечение у мужчин и женщин. Статья также приводит примеры значимых научных исследований, в которых анализировались генетические маркеры, иммунные ответы и половые различия в контексте шизофрении. Эти данные подчеркивают многогранность заболевания и необходимость дальнейших исследований для более глубокого понимания его механизмов.



Ключевые слова: генетическая предрасположенность, половые аспекты, шизофрения, иммунный механизм передачи, наследственные мутации.

GENETIC PREDISPOSITION TO SCHIZOPHRENIA

Dadakhujayev Z. A.

Department of Psychiatry, Narcology and Child Psychiatry,

Medical Psychology, Psychotherapy

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan, Tashkent

Scientific supervisor - Ph.D. Irmukhamedov T.B.

Abstract. The summary in English: This review article examines key aspects of genetic predisposition to schizophrenia, including the role of specific genetic variations associated with an increased risk of developing this disorder. The purpose of the article is to study the genetic factors influencing the predisposition to schizophrenia, as well as to determine the relationship of a sexual trait with the onset of the disease. Special attention is paid to the interaction of genetic factors and immune mechanisms that can influence the pathogenesis of schizophrenia. The sexual aspects of disease transmission are discussed, including differences in the manifestation of symptoms and response to treatment in men and women. The article also provides examples of significant scientific studies that analyzed genetic markers, immune responses, and sex differences in the context of schizophrenia. These findings highlight the versatility of the disease and the need for further research to better understand its mechanisms.

Keywords: genetic predisposition, sexual aspects, schizophrenia, immune transmission mechanism, hereditary mutations.



Введение

Множественные исследования, главной задачей которых было выявить наследственные факторы риска шизофрении, показали, что генетическая предрасположенность играет ключевую роль в возникновении заболевания. Международная группа учёных проанализировала 37 тысяч образцов ДНК пациентов с шизофренией и сравнила результаты с анализами здоровых людей из разных стран. Было обнаружено, что с шизофренией связаны 108 генов, 83 из которых ранее не были известны. Некоторые гены в большей степени представляют угрозу возникновению болезни, чем другие. Например, мутировавший ген SETD1A был найден у 0,1 % больных шизофренией, это открытие дало понять, что данная аномалия повышает риск развития болезни в 35 раз [1, С.571-577].

Кроме того, по результатам мета анализов и крупных наблюдательских исследований: у мужчин средний возраст начала шизофрении около 21 года, в то время как у женщин - около 27 лет [2, С. 849-854]. Это свидетельствует о том, что мужчины чаще сталкиваются с первым эпизодом шизофрении в подростковом или раннем взрослом возрасте, тогда как у женщин начало заболевания может быть отсрочено до более поздних лет. Изучение и понимание генетических и половых аспектов позволяют не только выявлять людей с повышенным риском развития шизофрении, но и разрабатывать персонализированные методы лечения и профилактики, соответственно это поможет значительно улучшить качество жизни пациентов [3].

Объекты и методы исследования

В основу статьи легли данные научных статей за последние 10 лет, публикации текущего года, а также сведения из электронных информационных ресурсов. Эти данные были рассмотрены с помощью сравнительного анализа и



иммуногенетического метода. В 2015 году было проведено исследование с участием 28 799 пациентов с диагнозом «шизофрения».

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования с высокой степенью достоверности показали наличие однонуклеотидного полиморфизма в гене, который отвечает за синтез основных белков главного комплекса гистосовместимости (МНС) — компонента комплимента С4. Поскольку МНС является ключевым функциональным элементом иммунной системы, была установлена связь между шизофренией и нарушениями в работе иммунной системы организма [4 С.2461–2480]. В 2022 г. Международный консорциум психиатрической генетики (PGC) провел крупнейший на сегодняшний день GWAS шизофрении (статистическая процедура, позволяющая найти связь между вариантами генов и фенотипическими проявлениями).

По результатам этой процедуры, в которой были взяты геномы 306 011 человек: 76 755 человек с диагнозом шизофрения и 243 649 здоровых участников, было выяснено, что риск передачи шизофрении по наследству сходен у обоих полов [5]. Вопреки предыдущим исследованиям научных сотрудников из психиатрии, в которых утверждали о половых различиях в возникновении первого эпизода, симптоматике, течении и исхода заболевания у мужчин и женщин, было доказано, что половой фактор не является главенствующим.

Заключение

Исследования показали, что риск развития заболевания увеличивают как множественные редкие наследственные мутации, так и новые мутации в структурах иммунной системы. Благодаря работе консорциума по психиатрической генетике мы знаем, что половая принадлежность не влияет на вероятность заболеть шизофренией.



Источники и литература / Sources and referens:

1. Singh, T., Kurki, M.I., Curtis, D. Rare loss-of-function variants in SETD1A are associated with schizophrenia and developmental disorders / T. Singh, M.I. Kurki, D. Curtis // Nature Neuroscience. – 2016. – Vol. 19. – Pp. 571–577;
2. Zhou, X. Over-representation of potential SP4 target genes within schizophrenia-risk genes / X. Zhou // Molecular Psychiatry. – 2022. – Vol. 27, No. 2. – Pp. 849–854;
3. Oifa, A.I. Brain and viruses (A virologic hypothesis of the origin of mental diseases) / A.I. Oifa. – 2022;
4. Gurung, R., Prata, D.P. What is the impact of genome-wide supported risk variants for schizophrenia & bipolar disorder on brain structure & function? A systematic review / R. Gurung, D.P. Prata // Psychological Medicine. – 2015. – Vol. 45, No. 12. – Pp. 2461–2480;
5. Fabbri, C. Genetics in psychiatry: methods, clinical applications and future perspectives / C. Fabbri // PCN Reports. – 2022.

**АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО
СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ,
СВЯЗАННОГО С БОЕВЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ**

Деревянко П. Н., Шолудченко И. Е.

*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Ростов-на-Дону*

Аннотация. В статье говорится о выявленных в процессе проведенного исследования 3 типах факторов, которые могут влиять на развитие посттравматического стрессового расстройства, связанного с боевыми действиями у военнослужащих. Их можно классифицировать как факторы, предшествующие травмированию, факторы, проявившиеся в период



травмирующей ситуации и посттравматические факторы. Используемые в исследовании методы: наблюдение, беседа, интервью и анализ полученных результатов. Результаты исследования возможно применять для разработки профилактических мер и лечения ПТСР.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), военнослужащие, факторы риска, травмы, психологические проблемы, прогнозирование развития ПТСР.

ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN MILITARY PERSONNEL ASSOCIATED WITH COMBAT OPERATIONS

Derevianko P. N., Sholudchenko I. E.

Rostov State Medical University, Russia, Rostov-on-Don

Abstract. The article discusses 3 types of factors identified in the course of the research that can influence the development of combat-related post-traumatic stress disorder in military personnel. They can be classified as factors preceding trauma, factors that manifested themselves during the traumatic situation, and post-traumatic factors. The methods used in the study were observation, conversation, interview, and analysis of the results obtained. The results of the study can be used to develop preventive measures and treat PTSD.

Keywords: Post-traumatic stress disorder (PTSD), military personnel, risk factors, injuries, psychological problems, predicting the development of PTSD.

Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является распространённым психологическим последствием военных операций. Оно вызывает сильный стресс и мешает личностному и социальному



функционированию. Следовательно, выявление факторов риска, повышающих вероятность развития ПТСР у военнослужащих, имеет академическое, клиническое и социальное значение [1].

Объекты и методы исследования

Методы, которые мы использовали в своем исследовании: наблюдение, беседа, интервью и анализ полученных результатов. Для анализа в своем исследовании мы изучали факторы риска развития ПТСР у выборки военнослужащих после возвращения из зон боевых действий вследствие ранения или в период отпуска, или в период реабилитации.

Результаты и их обсуждение

Исследуемая выборка из 349 респондентов полностью состояла из лиц, уже страдающих ПТСР или конкретным сопутствующим психическим расстройством (например, депрессией, синдромом дефицита внимания и гиперактивности).

Распространённость посттравматического стрессового расстройства, связанного с боевыми действиями, составляла 44,84% от общего числа респондентов. Был выявлены ряд значимых факторов, предшествующих развитию посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих.

Среди факторов, возникших до травмы и проявления ПТСР, были выявлены: наличие психических расстройств в семейном анамнезе, черты характера, ранняя травматизация, негативный опыт воспитания, низкий уровень образования, рядовые звания, отсутствие службы в армии, боевая специализация, большое количество командировок, более длительные командировки в совокупности, большее количество неблагоприятных жизненных событий, пережитые ранее травмы и психологические проблемы. Это позволило сделать предварительный вывод о том, что



вышеперечисленные факторы являются факторами предрасположенности или увеличения вероятности возникновения ПТСР вследствие травмы.

Ко второй группе факторов риска развития ПТСР, выявленных в процессе исследования, относятся различные аспекты периода, предшествующего травме: участие в боевых действиях, применение оружия, включая поддержку подразделения, боевое воздействие, разряженное оружие, наблюдение за ранением или гибелью кого-либо и тяжесть травмы, стрессовые факторы, связанные с командировками и боевыми заданиями, воинское звание (т. е. рядовые), род войск (т. е. армия), род занятий (т. е. боевые специалисты), общая продолжительность службы (т. е. более длительная) и количество боевых заданий (т. е. не менее 2). У рядовых и вспомогательного персонала чаще было диагностировано ПТСР; возможно, это связано с тем, что они чаще участвовали в боевых действиях. Также исследования показали, что ПТСР выше среди рядового состава, чем среди офицеров.

У непосредственных участников боевых действий риск развития ПТСР выше, чем у специалистов по здравоохранению, вспомогательному и функциональному персоналу. Эти различия обусловлены тем, что военнослужащие чаще и дольше находятся в более жестких условиях и травмирующих психику, военнослужащие подвергались более высокому риску нападения противника и более длительному пребыванию в боевых условиях, что повышает риск развития у них посттравматического стрессового расстройства.

Третья группа факторов, способствующих возникновению и развитию ПТСР, по результатам исследования — это отсутствие поддержки после возвращения из зоны боевых действий в посттравматический период, сопутствующие психологические проблемы, последующие жизненные события.

Психологические проблемы, которые могут как создаваться, так и быть результатом более слабой социальной поддержки, играют определенную роль в



риске развития ПТСР после воздействия травматических стрессоров, а поддержка после демобилизации является, напротив, защитным фактором.

Позитивная обстановка в период восстановления после травмы также служит защитным фактором. Высокий уровень социальной поддержки может способствовать формированию у военнослужащих чувства уверенности в себе и защищённости; эти чувства защищают от ПТСР, соответственно, снижает риск развития ПТСР [2].

В ходе изучения ПТСР среди респондентов военнослужащих в связи с боевыми травмами, было выявлено, что данное явление является изнуряющим последствием тяжелой или опасной для жизни травмы. ПТСР в большинстве случаев среди испытуемых вызывало значительный дистресс и мешало личному и социальному функционированию, что в последствии может привести к социальной изоляции, проявлению вспышек гнева и агрессии. Помимо этого, ПТСР среди военнослужащих оказывает значительное влияние на боевую готовность и достижение военных целей в случае, если военнослужащий возвращается в боевое расположение после восстановления после ранения.

По результатам нашего исследования, было выявлено, что даже при наличии факторов риска, не у всех, кто переживает травматическое событие, развивается ПТСР. Это позволяет сделать предположение о том, что помимо самого травматического события, существуют индивидуальные факторы уязвимости психики, которые способствуют развитию ПТСР.

С ПТСР связаны сила стрессового фактора, подготовка к травмирующему событию, непосредственные реакции на травму и посттравматические факторы (например, появление симптомов, социальная поддержка и другие жизненные стрессы).

При анализе полученных данных мы сосредоточились на сравнении статических предикторов (психологическая адаптация до травмирующего



события, психопатология в семейном анамнезе, воспринимаемая угроза жизни во время травмирующего события) с предикторами, которые с большей вероятностью связаны с психологическими и нейробиологическими процессами, возникающими при воздействии травматического стресса.

Результаты анализа показали, что диссоциация и субъективные факторы в период травмы являются сильными предикторами ПТСР, за которыми следуют воспринимаемая угроза жизни и отсутствие восприятия поддержки после события. Т.е. именно эти факторы играют важную роль в развитии ПТСР.

Результаты нашего исследования дают понимание факторов, повышающих вероятность развития ПТСР у военнослужащих, что может помочь клиницистам обеспечить необходимое лечение до того, как проблемы проявления ПТСР перейдут в разряд хронических, позволят улучшить психологическую оценку состояния травмированного, разработать профилактические меры по предотвращению или усугублению развития ПТСР у военнослужащих, подвергшихся воздействию потенциально травмирующих событий.

В целом, настоящее исследование имеет значение для теоретического понимания ПТСР и может помочь работникам военно-медицинской службы снизить частоту возникновения ПТСР среди военнослужащих.

Во-первых, это исследование может дать идеи военным руководителям и политикам по созданию программ для улучшения оценок, усилий по профилактике ПТСР.

Во-вторых, эти результаты могут помочь врачам понять соответствующие факторы риска и назначить лечение до того, как проблемы станут хроническими. Кроме того, врачам следует уделять больше внимания ранее существовавшим психическим расстройствам у военнослужащих.



Источники и литература / Sources and referens:

1. Васильева А.В. Диагностика и терапия посттравматического стрессового расстройства в клинике пограничных расстройств и соматической медицине/Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций /сост. Н.В. Семенова, под общ. ред. Н.Г. Незнанова. Выпуск 2. СПб.: издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2019. С. 300 - 324.
2. Посттравматическое стрессовое расстройство/под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. 624с.

ИЗУЧЕНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ ГОТОВНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Деревянко Е. Я.

*Факультета социальной педагогики и психологии
Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,
Республика Беларусь, г. Витебск*
Научный руководитель – Космач В. А.

Аннотация. Данный материал содержит анализ понятия «инновационная готовность», инновационной готовности специалистов ГУ «Территориальный центр социального обслуживания населения Первомайского района г. Витебска» и пути повышения готовности к изменениям в данной организации.

Ключевые слова: инновации, инновационная готовность, готовность к изменениям, изменения в организации, исследования готовности, изменения.



**STUDY OF INNOVATIVE READINESS OF SOCIAL
SPHERE SPECIALISTS**

Derevyanko E. K.

University named after P.M. Masherov, Republic of Belarus, Vitebsk

Scientific supervisor - Kosmach V.A.

Abstract. This material contains the analysis of the concept of «innovation readiness», innovation readiness of specialists of the State Institution «Territorial center of social service of the population of Pervomaisky district of Vitebsk» and ways to increase readiness for changes in this organization.

Keywords: innovation, innovation readiness, readiness to change, changes in the organization, readiness research, changes.

Введение

В условиях динамично изменяющегося мира, человеку очень важно быть готовым к изменениям, которые ожидают его повсюду. Практически в каждой сфере жизни люди ежедневно переживают изменения – в личной, профессиональной, и так далее. Именно поэтому, готовность к изменениям, или готовность к переменам – одно из самых важных качеств, которое должно быть развито у каждого современного человека.

Понятие готовности в основном трактуется в двух значениях: согласие на действие, и состояние, когда что-либо сделано, и изменения которые уже произошли. Первое значение означает осознанное решение, которое направлено на действие, а второе – как состояние выполнения решения или действия. Однако, при анализе литературы было выявлено, что единого определения понятия «готовность» нет, так как каждое определение зависит от подхода, в рамках которого оно трактуется.



Результаты и их обсуждение

В общей психологии понятие «готовность» чаще всего трактуется как действенно-активное состояние личности, установка на конкретное поведение, собранность сил для исполнения задачи. Однако, чаще всего в психологии определение понятия «готовность» трактуется в зависимости от выбранного подхода. Например, в деятельностном подходе, автором которого является Б.Г. Ананьев, К.К. Платонов и В.А. Крутецкий, готовность определяют как условие для успешной деятельности. В личностном подходе Н.И. Дьяченко готовность – это установка личности на конкретное поведение, на активные действия, адаптация личности для успешных действий в данный момент, которые обусловлены определенными мотивами и другими особенностями.

В инновационном подходе А.Л. Журавлева готовность – это самое важное условие для успеха какого-либо нововведения, или совокупность различных факторов (личностных психологических, организационных социально-экономических факторов, социально-психологических), которые способствуют инновации. По мнению Б.Д. Парыгина, советского «отца» социальной психологии, на пути изменений (пути выходов из кризиса), главная роль принадлежит понятию психологической готовности. Он отмечает, что в «ситуации замкнутого круга, когда объективные и социально-психологические факторы лишь взаимно порождают друг друга, способность к его разрыву может быть реализована лишь самим человеком. Эта способность находится в прямой зависимости от уровня психологической готовности людей к этому»).

Если рассматривать психологическую готовность как комплексное внутреннее функциональное состояние, которое направлено на деятельность (внешнее поведение), и объясняющее его в данный момент (неразрывно), можно выделить главные критерии, которые являются фокусными точками для формирования готовности и определенными индикаторами личности, которая



находится в фазе готовности (принятия), то есть демонстрирующей успешное поведение.

В исследованиях М.И. Фаермана были систематизированы параметры (индикаторы) психологической готовности личности к изменениям на трех основных уровнях – личностном, групповом и организационном (системном) [1].

Личностный уровень психологической готовности включает в себя обучаемость, определенность, своевременность, реальную активность личности (ее действия, поступки и деятельность), психологическую защищенность, чувствительность, стремление к изменениям, высокую креативность, гибкость мышления, и так далее.

На групповом уровне (социально-психологическом) готовность включает в себя межличностное взаимодействие и взаимовлияние, социально-психологическую общность, схожесть интересов, мотивов, ценностей, привычек, норм и обычаев, привлекательность и престиж группы и ее членов, способность к принятию неудачи и к обсуждению, и так далее.

На организационном (системном) уровне психологическая готовность к изменениям включает в себя инновационность, обучаемость организации, открытость к инновациям и изменениям (как в самом продукте/услугах организации, так и ее политики или мышления), активный пример руководящего аппарата, и так далее [2].

Также существует и множество других подходов к пониманию самой сути готовности к изменениям. Например, в интегративной теории, о которой говорилось ранее, готовность рассматривается как феномен, который «встраивается» в сам процесс изменения на всех уровнях одновременно (на личностной, групповой и организационном) и является по своей сути одним из этапов изменения или нововведения. Это четко можно увидеть в этапах



креативного ситуативного процесса решения творческих задач в авторстве А. Матвеева:

1. Первый этап – это осознание и формулировка проблемы, то есть понимание того, что ситуация перестала кого-либо удовлетворять;
2. Второй этап – первичный, или ложный «инсайт», который переживается как резкое и краткосрочное вдохновения, возникает первая оригинальная идея;
3. Третий этап – поиск вариантов, то есть анализ ситуации и подбор решения;
4. Четвертый этап – это фрустрация, которая неизбежно возникает при затруднениях в поиске решения, и переживается остро, с раздражением, скукой, апатией, и другими негативными эмоциями;
5. Пятый этап – это инкубация, или «оставление ситуации на самотек», мотивация для решения сохраняется, однако, поиск решения приостанавливается;
6. Шестой этап – реальный, или истинный «инсайт», когда человек или группа лиц испытывает яркие эмоции, связанные с реальным обнаружением решения;
7. Седьмой, последний этап – это проверка и разработка решения логическими средствами, приведение его к той форме, которая будет доступна для понимания другим людям [3].

Психологическая готовность, или готовность к изменениям – это сложное комплексное явление, которое возникает на определенном этапе процесса изменений с психологической точки зрения. С точки зрения интегративного процесса психологическая готовность – это одна из категорий субъективной психологической реальности, которая представляет собой активизацию таких психических сфер, как мотивационную, энергетическую и ресурсную, но при этом не является механизмом поведенческих паттернов или продуктом усилия



воли. Можно сказать, что готовность к изменениям одновременно является и результатом ориентировочного поискового волевого поведения, то есть поведения, которое ведет к накоплению ресурсов, энергетическому богатству, расширению мотивации, а также является именно причиной осознания и поведения, которая ведет к изменениям как в объективной, так и в субъективной реальности личности, то есть к развитию и свободе. Отсутствие психологической готовности или ее несформированность аннулирует эффективность волевого поискового поведения, и формирует неверные поведенческие паттерны. А сформированная готовность к изменениям обогащает мотивационную сферу, расширяет спектр решений и путей их достижения.

Для того, чтобы подготовить программу инноваций или изменений, необходимо оценить готовность человека к изменениям. Для этого стоит оценить два основных аспекта – его степень удовлетворённости текущим состоянием дел и восприятие рисков при осуществлении изменений (по О.С. Виханскому).

Можно выделить несколько комбинаций данных аспектов. Например, когда человека не устраивает текущее положение и при этом он осознает, что изменения несут в себе мало рисков – психологическая готовность к изменениям будет достаточно высокой. Но если человек доволен текущей ситуацией и при этом считает, что изменения несут в себе большие риски – готовность к изменениям становится низкой [4].

С помощью использования эмпирических данных, полученных в ходе проведения опросника PCRS («Личностный опросник на готовность к переменам») канадскими учеными Ролником, Хезером, Голдом и Халом, можно выделить несколько основных типов готовности к изменениям и охарактеризовать их. Для классификации использовались такие шкалы, как «страстность», «находчивость», «уверенность», «оптимизм», «толерантность к двусмысленности», «адаптивность» и «смелость, предприимчивость»:



1. «Страстно-находчивый тип». Данный тип характеризуется устремлением в будущее и высокой экстраверсией;

2. «Толерантно-адаптивный тип». Данный тип основан на интуиции, и не опирается на будущее.

Данные типы готовности к изменениям не идут отдельно, а дополняют друг друга, так как первый – активный и устремленный в будущее, а второй – более спокойный и стабилизирующий.

Любое изменение в организации или в учреждении начинается с людей, которые являются работниками данной организации. Для того, чтобы организационное изменение получило свое развитие, сотрудникам необходимо изменить их личные привычки, убеждения, стереотипы и поведение [5].

Согласно транстеоретической модели, именно процесс личностных изменений человека включает в себя 6 этапов:

1. Предварительные размышления о необходимости изменений;
2. Конкретно размышления;
3. Подготовительная;
4. Фаза активных действий;
5. Поддержание и закрепление;
6. Совершившиеся изменения.

Однако, стоит учитывать, что процесс изменения редко является линейным. Зачастую происходит так, что процесс прохождения стадий изменений является цикличным, и для настоящего успеха часто требуется пройти отдельные стадии несколько раз. Именно поэтому, если в организации внедряются какие-либо изменения или инновации, руководитель должен быть терпелив к принятию и внедрению этих изменений самими работниками [6].



На сегодняшний день не существует единого эффективного подхода для повышения уровня готовности специалистов, однако, существуют различные модели. Самыми распространенными являются следующие:

- Модель компании Дженерал Электрик;
- Модель Джика;
- Модель Левина;
- Модель Коттер.

Одну из них мы рассмотрим более подробно.

Модель управления изменениями Дж. Коттер – это модель из восьми последовательных шагов, которые позволяют вовлечь людей в процесс изменений. Данная модель основана на том, что люди должны понять, для чего осуществляются изменения, и вовлечься в этот процесс.

Данная модель наиболее актуальна для специалистов ТЦСОН Первомайского района г. Витебска, так как в этой организации превалирует реактивный стиль реагирования на изменения, и, следовательно, сотрудникам необходимо показать необходимость изменений, на что и направлена данная модель.

1. На первом шаге необходимо сформировать у сотрудников такое ощущение, будто изменения остро необходимы. Это самый важный шаг – необходимо убедить сотрудников, что перемены необходимы. Нужно показать те проблемные места, которые существуют на сегодняшний день, показать решения.

2. На втором шаге необходимо организовать своеобразную группу поддержки. Это должна быть такая команда сотрудников, которая имеет влияние в организации, и которая сможет взять на себя реализацию и внедрение изменений, а также поощрение активности других сотрудников. Это должны



быть люди из различных структурных подразделений, чтобы в каждом коллективе люди смогли обращаться к нему не помощью.

3. Далее необходимо создать видимость перемен. Нужно обращаться к эмоциональной части людей, а не только к их логике, а также четко сформулировать стратегию достижения цели и показать ценность перемен.

4. Четвертый шаг – это размышления и разговоры. Необходимо проговаривать то, к чему стремится организация, и вовлекать сотрудников в процесс обсуждения, интересоваться мнением всех людей и учитывать его.

5. Далее – удаление препятствий. Необходимо проанализировать то, почему у сотрудников возникает сопротивление изменениям, а также устранить те факторы, которые их вызывают. Возможно, будет потребность в перераспределении обязанностей, перестройке процессов. Необходимо замечать тех людей, которые наиболее активно сопротивляются изменениям, и проводить индивидуальную работу с ними, чтобы данные люди не распространяли свое влияние на других сотрудников.

6. Важность маленьких побед. Если цель достаточно долгосрочная, то с течением времени люди могут потерять мотивацию и перестать понимать, зачем они это делают. Поэтому необходимо поощрять сотрудников даже за маленькие шаги к достижению цели, и постоянно поддерживать их мотивацию и вовлеченность в общее дело.

7. Развитие изменений. Постоянно необходимо внедрять новые и свежие изменения, исправлять свои ошибки.

8. Закрепление изменений. Сотрудники должны поддерживать изменение, даже если его внедрение уже закончилось. Нужно наглядно показывать, что уже сделано, чтобы эти изменения закреплялись в ценностных, нормах и правилах сотрудников.



Так как в организации наиболее распространенным является реактивный стиль реагирования на изменения, то необходимо использовать методы, которые помогут увеличить инновационную готовность персонала и уменьшить сопротивление среди сотрудников.

Самое главное, что должен использовать руководитель – общение и информирование. Самая главная задача руководителя при внедрении изменений – сообщить сотрудникам, которые задействованы в изменениях, наиболее полную и четкую картину того, что происходит и будет происходить. Информирование должно осуществляться на всех этапах внедрения изменений – до начала внедрения изменений, во время изменений, после внедрения изменений. Необходимо отчитываться сотрудникам о всех положительных результатах, и о том, что происходит на каждом этапе. С помощью данного метода можно избежать или уменьшить сопротивление, а также изучить, какие именно причины сопротивления существуют. Также необходимо не только обозначить требования и ожидания от изменений, но и место каждого сотрудника в данном изменении, продумать мероприятия по снижению рисков.

Заключение

Нами было рассмотрено понятие инновационной готовности. Были проанализированы основные методы повышения инновационной готовности специалистов – привлечение и сотрудничество, делегирование полномочий, соглашение и переговоры, общение и информирование.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Авакян, И.Б. Психологическая готовность преподавателя к инновационной деятельности и социально-психологический климат педагогических коллективов высших учебных заведений / И.Б. Авакян // Вестник Марийского государственного университета [Электронный ресурс]. 2018. №1 (129). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya->



gotovnost-prepodavatelya-k-innovatsionnoy-deyatelnosti-i-sotsialno-psihologicheskiy-klimat-pedagogicheskikh. – Дата доступа: 01.10.2024.

2. Агапова, Е.Н. Формирование готовности к изменениям в процессе управления образовательной организацией / Е.Н. Агапова // Вестник науки и образования [Электронный ресурс]. 2020. №8-1 (86). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-gotovnosti-k-izmeneniyam-v-protssesse-upravleniya-obrazovatelnoy-organizatsiey>. – Дата доступа: 01.10.2024.

3. Базаров, Т.Ю. Организационный лидер посткризисного периода / Т.Ю. Базаров // Организационная психология [Электронный ресурс]. 2014. №3. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsionnyu-lider-postkrizisnogo-perioda>. – Дата доступа: 01.10.2024.

4. Баринов, В.А. Готовность к изменениям в местном самоуправлении крупных городов / В.А. Баринов // Муниципалитет: экономика и управление [Электронный ресурс]. 2020. №1 (30). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/gotovnost-k-izmeneniyam-v-mestnom-samoupravlenii-krupnyh-gorodov>. – Дата доступа: 01.10.2024.

5. Буравлева, Н.А. Готовность студентов технических вузов к инновационной деятельности / Н.А. Буравлева // Российский психологический журнал [Электронный ресурс]. 2020. №3. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/gotovnost-studentov-tehnicheskikh-vuzov-k-innovatsionnoy-deyatelnosti>. – Дата доступа: 01.10.2024.

6. Буравлева, Н.А. Психологические ресурсы личностной готовности к деятельности студентов в ситуации изменений / Н.А. Буравлева // Ped.Rev [Электронный ресурс]. 2022. №2 (42). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-resursy-lichnostnoy-gotovnosti-k-deyatelnosti-studentov-v-situatsii-izmeneniy>. – Дата доступа: 01.10.2024.



**ЭФФЕКТИВНОСТЬ АРТ-ТЕРАПИИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ
НАКЛОННОСТЯХ И ПРЕОДОЛЕНИИ НЕГАТИВНЫХ ЭМОЦИЙ
У СТУДЕНТОВ НАО «МУС»**

Джумакова А. Б.¹ Енсебаева И.З.² Буланова А.М..¹ Еркинова Ж.Е.³

¹*Коммунальное Государственное предприятие на Праве хозяйственного
Ведения «Поликлиника №1 г. Семей», Республика Казахстан, г. Семей*

²*Госпиталь с поликлиникой ДП области Абай,
Республика Казахстан, г. Семей*

³*Кафедра психиатрии и наркологии
НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей*
Научный руководитель - Алмагамбетова А. А.

Аннотация. В данной статье рассмотрена эффективность арт-терапии в преодолении негативных эмоций у студентов медицинского университета. Обозначены границы использования арт-терапевтических техник. Рассмотрены примеры практической реализации методов арт-терапии в консультировании.

Ключевые слова: арт терапия, депрессивные наклонности, негативные эмоции, роль арт терапии в контексте психоэмоционального состояния студентов.

**EFFECTIVENESS OF ART THERAPY FOR DEPRESSIVE
TENDENCIES AND OVERCOMING NEGATIVE EMOTIONS
IN STUDENTS OF NAO «MUS»**

Dzhumakova A.B.¹ Yensebaeva I.Z.² Bulanova A.M..¹ Erkinova Zh.E.³

¹*Communal State Enterprise on the Right of Economic
Management «Polyclinic No. 1 of Semey», Republic of Kazakhstan, Semey*

²*Hospital with a polyclinic of the DP of the Abay region,
Republic of Kazakhstan, Semey*

³*Department of Psychiatry and Narcology
NAO «Medical University of Semey», Republic of Kazakhstan, Semey*
Scientific supervisor - Almagambetova A.A.

Abstract. This article examines the effectiveness of art therapy in overcoming negative emotions in medical university students. The boundaries of using art therapy



techniques are outlined. Examples of practical implementation of art therapy methods in counseling are considered.

Keywords: art therapy, depressive tendencies, negative emotions, the role of art therapy in the context of the psycho-emotional state of students.

Введение

В настоящее время арт-терапия получает все большее распространение как самостоятельное направление в психотерапии. Однако методы и техники арт-терапии могут быть использованы в контексте других подходов и методов психотерапии и в консультировании в настоящее время многие современные исследователи всё больше обращаются к различным видам искусства в поисках адаптогенных, профилактических, лечебных и коррекционных средств [1, 2, 3, 4].

В психологии XXI столетия депрессивные наклонности и негативные эмоции становятся все более обсуждаемой темой так как депрессивные наклонности и негативные эмоции влияют не только на психофизическое состояние, но и также оставляют отпечаток на повседневной жизнедеятельности человека.

Терапевтический подход арт-терапии при тревожности и депрессии основан на концепции, согласно которой творческое самовыражение может способствовать процессу исцеления. Арт-терапия предоставляет людям безопасную невербальную возможность выразить свои чувства и мысли. С помощью арт-терапии люди находят способ выразить свои внутренние переживания, что может стать важным шагом на пути к исцелению.

В профессии врача избыточный стресс, связанный с объёмом обучения и высокой ответственности, может приводить к депрессивным наклонностям и негативным эмоциям. Своевременное выявление депрессивных наклонностей и



негативных эмоций может предотвратить психосоматические нарушения и другие возможные патологии. Для решения этой проблемы важно определить уровень встречаемости депрессивных наклонностей и негативных эмоций медицинских студентов на этапе обучения и разработать методики для ее преодоления. Поэтому с целью снижения депрессивных наклонностей и негативных эмоций в данном исследовании применяется арт терапия среди студентов Медицинского университета Семей.

Объекты и методы исследования

Был проведен литературный анализ, социальный опрос по шкале депрессии Бернса среди студентов НАО «МУС» и арт терапия в качестве проработки депрессивных наклонностей и негативных эмоций.

Результаты и их обсуждение: В социальном опросе приняли участие 64 студента медицинского университета г.Семей 5 курса (55,6%) и 3 курса (44,4%). Из них 53,1% (34) женщины и 46,9% (30) мужчины.

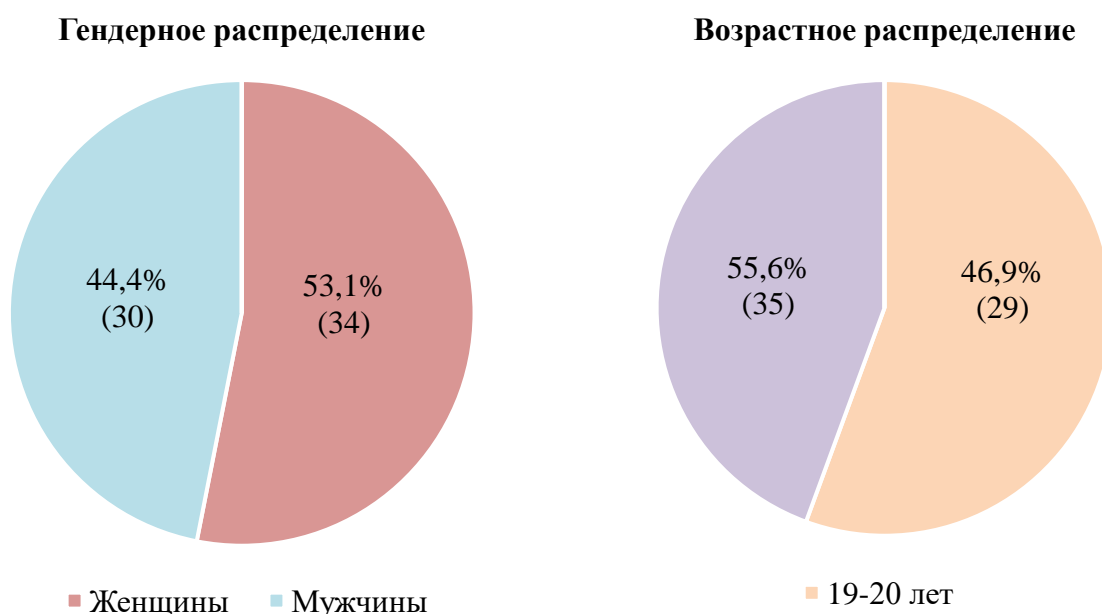


Рис.1. - Результаты анкетирования.



Таблица 1.

Результаты анкетирования - гендерное распределение

	Женщины	Мужчины
Гендерное распределение	53,1% (34)	44,4% (30)

Таблица 2.

Результаты анкетирования – возрастное распределение

	19-20 лет	20-21 лет
Возрастное распределение	55,6% (35)	46,9% (29)

Согласно результатам первичного опроса мы получили следующие данные: 0-20 баллов: 19 человек (Нормальное эмоциональное состояние 29,68%), 21-40 баллов: 23 (легкая депрессия 35,93%), 41-60 баллов: 15 (Умеренная депрессия 23,43%), 61 и более баллов: 7 (Серьезная депрессия 10,96%).

Результаты первичного анкетирования

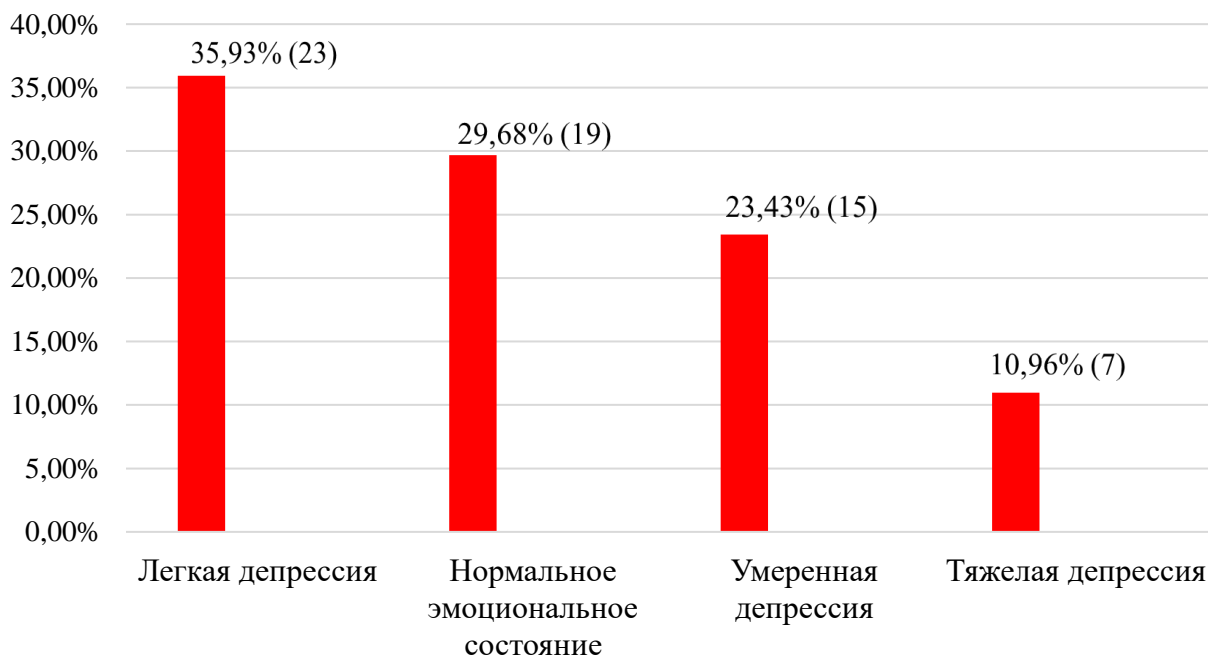


Рис.2. - Результаты первичного анкетирования.



Таблица 3.

Результаты первичного анкетирования

	Легкая депрессия	Нормальное эмоциональное состояние	Умеренная депрессия	Тяжелая депрессия
Количество студентов	23 (35,93%)	19 (29,68%)	15 (23,43%)	7 (10,96%)

Затем были проведены 2 вида арт терапии: «дорога жизни» и «бабочка». Суть которых заключалась в том, чтобы осознать внутренние переживания, проговорить и тем самым проработать их, а также найти в себе ресурсы для преодоления возможных негативных эмоции. После практики было проведено вторичное анкетирование, результаты которых показали: 0-20 баллов: 41 человек (Нормальное эмоциональное состояние 64,06%), 21-40 баллов: 16 (легкая депрессия 25%), 41-60 баллов: 5 (Умеренная депрессия 7,81%), 61 и более баллов: 2 (Серьезная депрессия 3,13%).

Результаты вторичного анкетирования

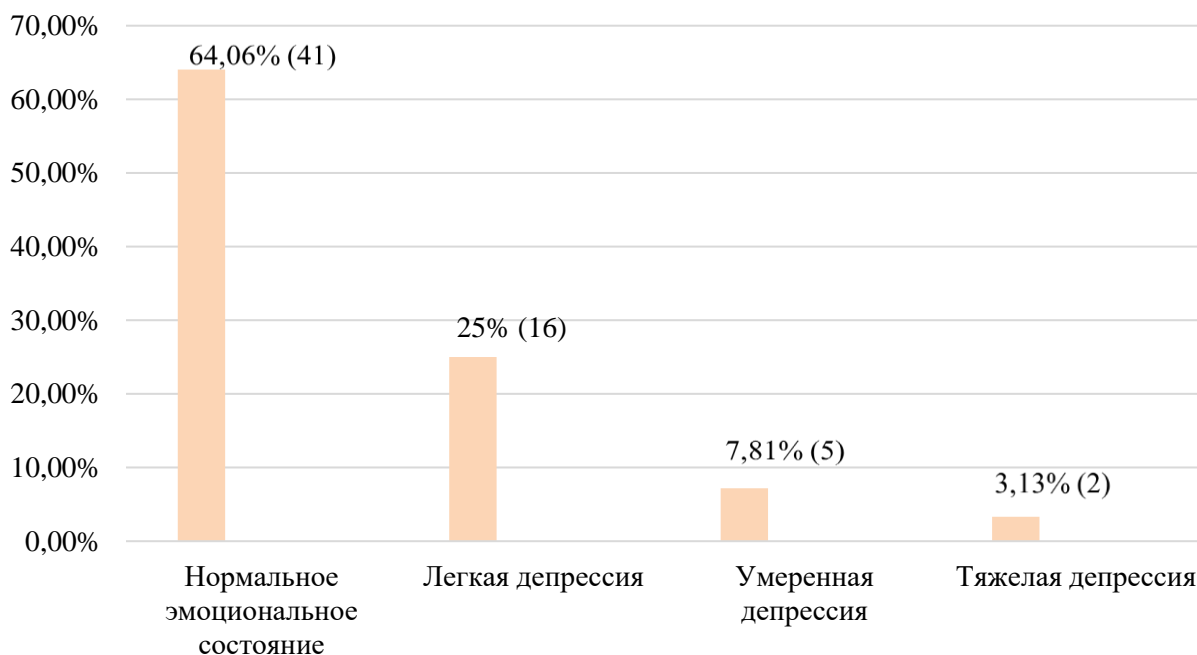


Рис.3. - Результаты вторичного анкетирования.



Таблица 4.

Результаты вторичного анкетирования

	Легкая депрессия	Нормальное эмоциональное состояние	Умеренная депрессия	Тяжелая депрессия
Количество студентов	16 (25%)	41 (64,06%)	5 (7,81%)	2 (3,13%)

Данные были рассмотрены в сравнительном анализе, который показал следующие результаты:

Сравнительный анализ

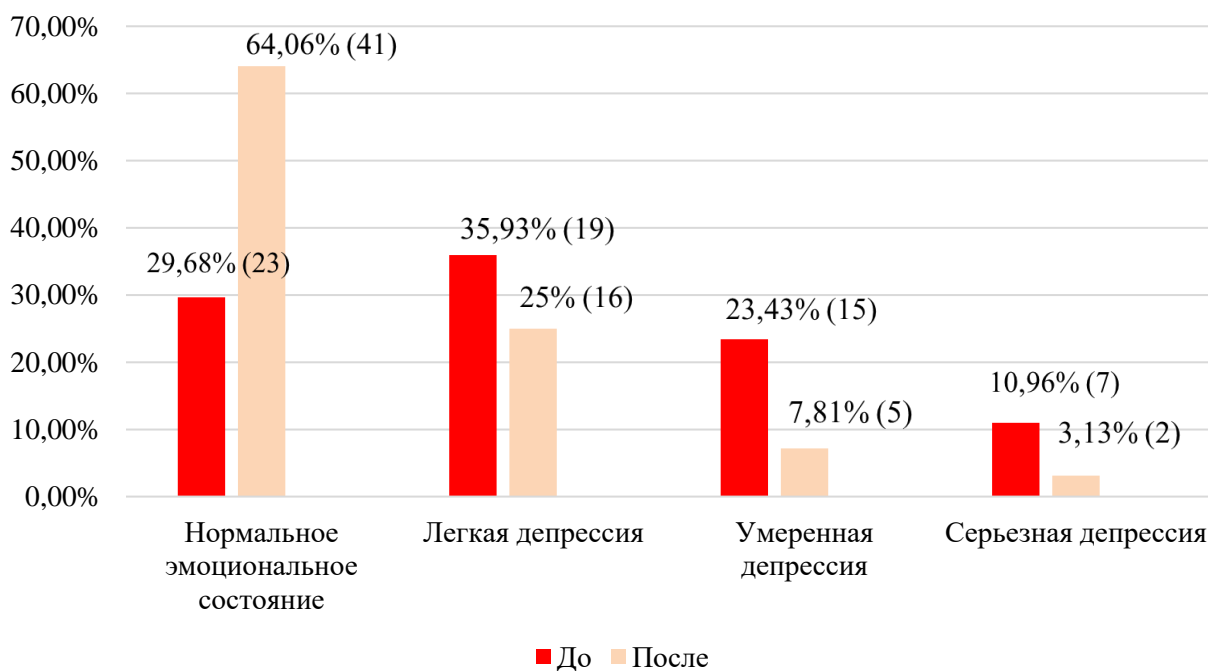


Рис.4. - Сравнительный анализ.

Таблица 5.

Сравнительный анализ

	Легкая депрессия	Нормальное эмоциональное состояние	Умеренная депрессия	Тяжелая депрессия
До	19 (35,93%)	23 (29,68%)	15 (23,43%)	7 (10,96%)
После	25 (16%)	41 (64,06%)	5 (7,81%)	2 (3,13%)



Заключение

В ходе исследования выявилось, что после проведения арт терапии «дорога жизни» и «бабочка» согласно анкетированию по шкале Бернса, уровень нормального эмоционального состояния студентов повысился на 34,38%, уровень легкой депрессии снизился на 10,93%, уровень умеренной депрессии снизился на 16,25%, уровень серьезной депрессии снизился на 7,83%. Данная статистика доказывает эффективность арт терапии в снижении уровня депрессивных наклонностей и негативных эмоций у студентов НАО «МУС».

Источники и литература / Sources and referens:

1. Федосеева Н. С. Арт-терапия как один из видов терапии депрессии у взрослых детей алкоголиков // Вестник науки. 2024. Т. 2. №. 2 (71). С. 456-459.
2. Умирбек З., Сатыбалдина Р. Б. Как арт-терапия влияет на депрессию // Арт-терапия в условиях современных вызовов / Акименко Г.В., Белеза Е.В., Бергер Р., Боровикова З.В., Головки О.В., Голоденко О.Н., Гукина Л.В., Зыкова С.О., Иванова А.В., Изосимова С.А., Карпендейл М.Д., Капица А.А., Кара Ж.Ю., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Кувшинов Д.Ю., Кутлер К.А., Ладушкин С.И., Лопатин А.А., МакНифф Ш. и др. Москва, 2023.
3. Ощепкова С. Ю., Зязева И. П., Сединина Н. С. Изучение уровня скрытой депрессии у студентов //Международный студенческий научный вестник. 2021. №. 1. С. 6-6.
4. Алмагамбетова А.А., Акименко Г.В., Яковлев А.С. Возможности арт-терапии в системе реабилитации пациентов с пограничными расстройствами личности. Дневник науки. 2023. № 5 (77).



**РОЛЬ АРТ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ:
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.
ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР**

Джумакова А. Б.¹ Енсебаева И.З.² Бияхметова А. Е.¹ Еркинова Ж. Е.³

¹Коммунальное Государственное предприятие на Праве хозяйственного
Ведения «Поликлиника №1 г. Семей», Республика Казахстан, г. Семей

²Госпиталь с поликлиникой ДП области Абай, Республика Казахстан, г. Семей

³Кафедра психиатрии и наркологии

НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Научный руководитель - Алмагамбетова А. А.

Аннотация. В данной статье рассматривается роль арт-терапии в лечении тревожных состояний, направленная на улучшения состояния и качества жизни пациентов, имеющих тревожные расстройства. Целью арт-терапии заключается в том, чтобы помочь пациентам выразить свои чувства, переживания и внутренние конфликты через творческий процесс, используя различные виды искусства - рисование, лепку, музыку, танец или другие формы самовыражения.

Ключевые слова: арт-терапия, тревожное расстройство, внутренние конфликты, ментальное здоровье.

**THE ROLE OF ART THERAPY IN THE TREATMENT OF ANXIETY
DISORDERS: THEORETICAL AND PRACTICAL ASPECTS.
LITERATURE REVIEW**

Djumakova A. B.¹ Yensebaeva I. Z.² Biyakhmetova A. E.¹ Erkinova Zh. E.³

¹Communal State Enterprise on the Right of Economic
Management «Polyclinic No. 1 of Semey», Republic of Kazakhstan, Semey

²Hospital with a polyclinic of the DP of the Abay region,
Republic of Kazakhstan, Semey

³Department of Psychiatry and Narcology

NJSC «Medical University of Semey», Republic of Kazakhstan, Semey

Scientific supervisor - Almagambetova A. A.



Abstract. This article discusses the role of art therapy in the treatment of anxiety, aimed at improving the condition and quality of life of patients with anxiety disorders. The goal of art therapy is to help patients express their feelings, experiences and internal conflicts through the creative process, using various types of art - drawing, modeling, music, dance or other forms of self-expression.

Keywords: art therapy, anxiety disorder, internal conflicts, mental health.

Введение

Тревожные расстройства являются одними из самых распространенных психических нарушений, оказывающих значительное влияние на качество жизни человека. В условиях современного общества, где стрессы и внутренние переживания становятся неотъемлемой частью повседневной реальности, поиск эффективных методов их коррекции становится актуальным. Одним из таких методов является арт-терапия, которая включает в себя использование различных видов искусства (изобразительное искусство, музыка, театр, танец и др.) для достижения психоэмоционального равновесия и улучшения психического состояния.

Арт-терапия рассматривается как альтернатива традиционным психотерапевтическим подходам, особенно в контексте тревожных расстройств, поскольку она позволяет пациенту выразить свои переживания через творческую деятельность, минуя вербальное общение [1, 2, 3].

Объекты и методы исследования

Систематический поиск был проведен в литературных базах данных PubMed, Cochrane, Cyberleninka, Elibrary.ru с использованием ключевых поисковых терминов «арт-терапия», «тревожное расстройство», «внутренние конфликты», «ментальное здоровье». Были изучены 19 научных статей по 2020-2025 г.



Результаты и их обсуждение

Для начала стоит рассмотреть теоретические аспекты арт-терапии в контексте тревожных состояний.

Арт-терапия основывается на принципах психоанализа, гуманистической психологии и теории символизма. Согласно этим подходам, творчество является мощным инструментом для выражения и переработки внутреннего мира человека, что особенно важно для людей, страдающих от тревожных расстройств. Тревога, как правило, проявляется в виде неосознанных эмоциональных напряжений и конфликтов, которые человек не может выразить вербально или осознать. В этом контексте арт-терапия предлагает путь для переноса бессознательных переживаний в форму символов и образов, которые затем становятся доступными для осознания и проработки.

1. Психодинамическая модель арт-терапии: согласно психоаналитическим теориям, арт-терапия способствует выходу подавленных эмоций на поверхность. Пациент, рисуя или создавая произведение искусства, может «разговорить» свои бессознательные страхи и тревоги, которые впоследствии становятся более понятными и менее угрожающими.

2. Гуманистическая модель арт-терапии: В этой модели арт-терапия рассматривается как процесс, который помогает человеку раскрыть свои внутренние ресурсы и потенциал. Тревожные состояния часто связаны с чувством собственной несостоятельности, поэтому создание искусства становится способом для восстановления уверенности в себе, укрепления чувства автономии и самооценности.

3. Когнитивно-бихевиоральная терапия и арт-терапия: В когнитивно-бихевиоральном контексте арт-терапия помогает осознавать и менять искаженные когнитивные схемы. Создание изображения может стать способом



визуализации тревожных мыслей и страхов, что позволяет рассматривать их в другом свете и снижать интенсивность переживаний.[4]

Практические аспекты арт-терапии в лечении тревожных расстройств

В практическом применении арт-терапия включает в себя различные методы и техники, направленные на облегчение симптомов тревожных состояний. Наиболее распространенными формами арт-терапии являются изобразительное искусство (рисование, живопись), музыкальная терапия, драматерапия и танцевально-двигательная терапия.

1. Изобразительное искусство: Рисование и живопись позволяют пациенту выразить свои внутренние переживания, которые сложно или невозможно сформулировать словами. Использование цвета, формы и композиции может быть катарсическим процессом, который помогает снизить уровень тревожности. Рисование с использованием определенных техник (например, «антистрессовое рисование» или рисование мандал) может помочь человеку сосредоточиться на процессе творчества, отвлечься от тревожных мыслей и восстановить эмоциональный баланс.

2. Музыкальная терапия: Музыка имеет мощное воздействие на эмоциональное состояние человека. В рамках арт-терапии музыка используется для создания расслабляющей атмосферы, стимулирования выражения эмоций и снятия напряжения. Пациенты могут использовать инструменты для создания ритмов, которые помогают снизить уровень тревоги, а также принимать участие в прослушивании музыкальных произведений, направленных на успокоение.

3. Драматерапия: В процессе драматерапии пациенты могут использовать ролевые игры, импровизацию и театральные элементы для выражения своих переживаний. Эта техника может быть особенно эффективной

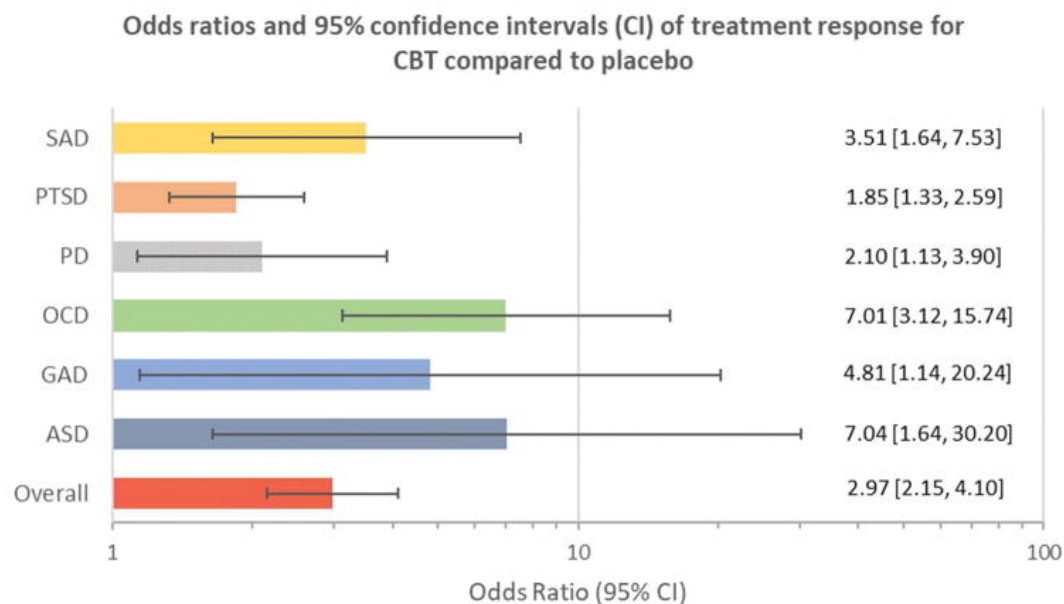


для людей с тревожными расстройствами, так как позволяет «пережить» и выразить тревожные ситуации в безопасной и контролируемой обстановке.

4. Танцевально-двигательная терапия: В этой форме арт-терапии акцент делается на движении как средстве снятия эмоционального напряжения и восстановления психоэмоционального равновесия. Танцевальные упражнения помогают улучшить осознание собственного тела и его связи с эмоциями, что способствует снижению уровня тревожности и напряженности.

Эмпирические исследования и эффективность арт-терапии

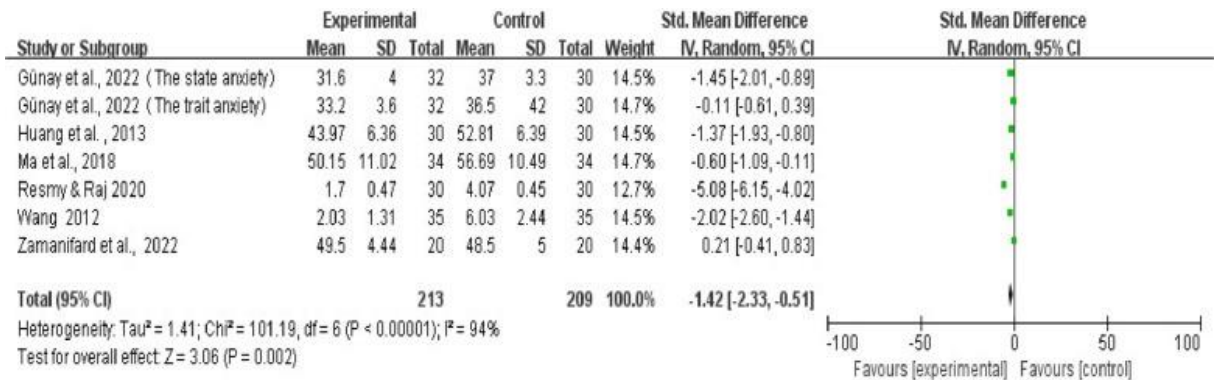
Исследования показывают, что арт-терапия может быть высокоэффективной в лечении тревожных расстройств. Например, мета-анализ различных исследований подтверждает, что использование арт-терапевтических методов способствует снижению уровня тревожности, депрессии и стресса у пациентов с различными психическими расстройствами.



К примеру, в исследовании Карсона, М. и Фарли, К. (2023) на тему Интеграция арт-терапии с когнитивно-поведенческой терапией: мультимодальный подход к лечению тревожных расстройств, показано соотношение шансов и 95% доверительных интервалов (ДИ)



эффективности лечения арт-терапии с КПТ по сравнению с плацебо. Данная таблица визуализирует эффективность арт-терапии с КПТ по сравнению с плацебо. [7]



В данной таблице из исследования Парка, Х., и Джанга, Дж. (2020). На тему «Эффективность терапии творческими искусствами в снижении симптомов тревоги у детей: систематический обзор и мета-анализ. Детская и подростковая психиатрия и психическое здоровье», также визуализируется влияние арт-терапии на тревожность. Что в свою очередь доказывает эффективность арт-терапии для снижения тревоги. [11]

Арт-терапия помогает людям научиться управлять своими эмоциями, развивать способность к самовыражению и повышать общую эмоциональную устойчивость.

Одним из значимых преимуществ арт-терапии является её доступность и универсальность. Она может применяться как в индивидуальной, так и в групповой терапии, что делает её гибким инструментом для работы с разными категориями пациентов, включая детей, подростков и взрослых. Арт-терапевтические методы также могут быть интегрированы в комплексную терапию в сочетании с другими психотерапевтическими подходами, такими как когнитивно-бихевиоральная терапия и психодинамическая терапия. [4]



Заключение

Арт-терапия представляет собой мощный инструмент в лечении тревожных состояний, предлагая пациентам возможность выражать свои переживания и эмоции через творчество. Это особенно важно для людей, которые не могут или не хотят открыто говорить о своих проблемах. Использование художественных методов в терапии способствует снижению уровня тревожности, улучшению психоэмоционального состояния и повышению качества жизни пациентов. Несмотря на это, необходимо продолжать исследования в этой области, чтобы углубить наше понимание механизмов воздействия арт-терапии на психику и более точно оценить её эффективность в различных контекстах и у разных групп пациентов.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Kim, J. H., & Lim, S. H. (2021). Impact of Art Therapy on Anxiety Reduction in Adults with Chronic Stress: A Systematic Review. *JournalofAnxietyDisorders*, 34(3), 215-228.
2. Russell, C. L., & Williams, S. T. (2022). Art Therapy and Mindfulness: A Combined Approach to Treating Anxiety in Adolescents. *JournalofChild&AdolescentMentalHealth*, 18(4), 234-249.
3. Baker, E. L., & Singer, J. L. (2023). Affective Art Therapy: Using Emotional Expression to Alleviate Anxiety in Adults with Generalized Anxiety Disorder (GAD). *JournalofAnxietyandStress Management*, 35(2), 145-160.
4. Sharma, V., & Reddy, P. S. (2020). Art Therapy for Social Anxiety Disorder: A Cognitive-Behavioral Approach. *JournalofCognitivePsychotherapy*, 34(2), 100-112.
5. Salim, M., & Tunstall, M. (2022). Creative Arts and Mental Health: New Insights into Art Therapy for Anxiety and Depression in Adults. *JournalofMentalHealthandWell-Being*, 9(3), 199-210.



6. Vasquez, T., & Desai, R. (2025). Art Therapy in Group Settings: A Powerful Tool for Managing Anxiety and Social Phobia in Adolescents. *Journal of Group Psychotherapy and Art Therapy*, 17(1), 22-37.
7. Carson, M., & Farley, K. (2023). Integrating Art Therapy with Cognitive Behavioral Therapy: A Multi-Modal Approach to Treating Anxiety Disorders. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 40(1), 45-59.
8. White, J., & Patel, R. (2021). The Role of Art Therapy in Treating Anxiety in Older Adults: A Review of Current Research. *Aging & Mental Health*, 25(5), 594-605.
9. González, E., & Dominguez, L. (2024). Art Therapy as a Resource for Managing Panic Attacks in Adults with Anxiety Disorders. *Journal of Art Therapy Research*, 12(3), 150-165.
10. Lee, Y., & Kim, Y. J. (2022). Effectiveness of Art Therapy for Managing Generalized Anxiety Disorder (GAD) in College Students: A Pilot Study. *Journal of Mental Health & Therapy*, 21(4), 125-138.
11. Park, H., & Jang, J. (2020). The Effectiveness of Creative Arts Therapy in Reducing Symptoms of Anxiety in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1), 18-32.
12. Федосеева Н. С. Арт-терапия как один из видов терапии депрессии у взрослых детей алкоголиков // Вестник науки. 2024. Т. 2. №. 2 (71). С. 456-459.
13. Умирбек З., Сатыбалдина Р. Б. Как арт-терапия влияет на депрессию // Арт-терапия в условиях современных вызовов / Акименко Г.В., Белеза Е.В., Бергер Р., Боровикова З.В., Головки О.В., Голоденко О.Н., Гукина Л.В., Зыкова С.О., Иванова А.В., Изосимова С.А., Карпендейл М.Д., Капица А.А., Кара Ж.Ю., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Кувшинов Д.Ю., Кутлер К.А., Ладушкин С.И., Лопатин А.А., МакНифф Ш. и др. Москва, 2023.



14. Ощепкова С. Ю., Зязева И. П., Сединина Н. С. Изучение уровня скрытой депрессии у студентов //Международный студенческий научный вестник. 2021. №. 1. С. 6-6.

15. Алмагамбетова А.А., Акименко Г.В., Яковлев А.С. Возможности арт-терапии в системе реабилитации пациентов с пограничными расстройствами личности. Дневник науки. 2023. № 5 (77).

16. Beerse M. E., Van Lith T., Stanwood G. Therapeutic psychological and biological responses to mindfulness-based art therapy //Stress and Health. – 2020. – Т. 36. – №. 4. – С. 419-432.

17. Bosman J. T. et al. The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: a systematic literature review //Supportive Care in Cancer. – 2021. – Т. 29. – С. 2289-2298.

18. Newland P., Bettencourt B. A. Effectiveness of mindfulness-based art therapy for symptoms of anxiety, depression, and fatigue: A systematic review and meta-analysis //Complementary Therapies in Clinical Practice. – 2020. – Т. 41. – С. 101246.

19. Hu J. et al. Art therapy: a complementary treatment for mental disorders //Frontiers in psychology. – 2021. – Т. 12. – С. 686005.

НЕЙРОСЕТИ: ТЕХНОЛОГИИ БУДУЩЕГО ИЛИ СУЩЕСТВУЮЩАЯ РЕАЛЬНОСТЬ. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Дигмелашвили Н. В., Никитина Е. Е.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к.ист.н., доцент Г.В. Акименко



Аннотация. Искусственные нейронные сети (ИНС) - это попытка смоделировать работу человеческого мозга, состоящего из нейронов, которые соединены между собой так же, как и в мозге человека. В статье рассматриваются основные направления и перспективы развития нейронаук, которые изучают мышление, память, восприятие и обработку информации. Особое внимание уделяется междисциплинарным исследованиям в области изучения эмоций, стресса, дистресса и психосоматических расстройств, вызванных этими состояниями.

Ключевые слова: искусственный интеллект (ИИ), нейросети (НС), человек, искусственный интеллект, психотерапия.

NEURAL NETWORKS: TECHNOLOGIES OF THE FUTURE OR EXISTING REALITY. LITERATURE REVIEW

Digmelashvili N.V., Nikitina E. E.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor - PhD in History, Associate Professor G.V. Akimenko

Abstract. Artificial neural networks (ANN) are an attempt to simulate the work of the human brain, which consists of neurons that are connected to each other in the same way as in the human brain. The article examines the main directions and prospects for the development of neurosciences that study thinking, memory, perception and information processing. Particular attention is paid to interdisciplinary research in the field of studying emotions, stress, distress and psychosomatic disorders caused by these conditions.

Keywords: artificial intelligence (AI), neural networks (NN), human, artificial intelligence, psychotherapy.



Введение

В современном мире, в условиях ускоренного темпа жизни, человек всё чаще чувствует себя одиноким, и впоследствии приобретает ряд психологических проблем, связанных с различными сферами жизни. Проблема нехватки времени современного человека отражается в возможности заботиться о собственном здоровье, как физическом, так и психологическом, и в целях экономии времени или из-за воздействия иных факторов, человек предпочитает пользоваться привычными для повседневной жизни девайсами для решения возникающих вопросов и задач. Расширенные возможности нейросетей позволяют человеку определить свое состояние и позволяют решить некоторые проблемы, связанные с психологическим здоровьем.

Методы исследования: обработка научных статей на платформе Cyberleninka, анализ новостных источников и интервью.

Результаты и их обсуждения

В 2024 году искусственный интеллект и машинное обучение прочно вошли во все сферы жизни. Не удивительно, что нашли они свое применение и в психотерапии [1].

Аппарат искусственных нейронных сетей (ИНС) основан на принципах когнитивной науки и может использоваться в практической психологии. При этом широкого распространения для обработки, анализа и моделирования данных психодиагностики ИНС пока не получили [2]. Причина этого состоит в отсутствии универсальных правил процесса обучения нейронных сетей, которые определяются объемом и качеством данных, числом факторов и целевых функций, а также сложность в интерпретации полученных результатов. Чаще всего аппарат ИНС используется для автоматизации самой процедуры психологической диагностики. Обучение нейронной сети требует профессиональной подготовки, и абсолютное большинство психологов



предпочитает пользоваться традиционными статистическими методами анализа [3].

В нашей стране огромный вклад в разработку системного подхода в психологии внесли Б.Г. Ананьев, А.П. Анохин, С.Л. Рубинштейн, Б.Ф. Ломов. Они разработали принципы системного подхода в психологии в качестве основного инструмента познания человеческой психики. Такой подход позволяет анализировать психические явления с точки зрения взаимодействия внешних (социальных) и внутренних (природных и психологических) факторов и рассматривать их как единое целое. Обучение искусственных нейронных сетей, как многопараметрическая задача, с оценкой качества модели при помощи традиционных средств статистической теории оценивания может являться очень эффективным инструментом системного анализа в психологии. Перспективы применения ИНС в психологических исследованиях связаны с решением различных задач анализа и моделирования данных и созданием баз знаний [4].

Нейросети могут быть использованы в психотерапии для самых разных целей. Сейчас чаще всего это:

- Визуализация (создание изображений) - С их помощью можно отображать сны, визуализировать различные ситуации, связанные с отношениями, и описывать чувства пациента.
- Анализ данных (речь и текст) – Нейросети могут анализировать большой объём данных за короткое время. Это может помочь специалисту более быстро и точно проанализировать речь пациента и выявлять паттерны, связанные с его эмоциональным состоянием или психическими расстройствами. Таким образом становится проще разрабатывать индивидуальные подходы к каждому пациенту и подбирать более эффективную терапию.
- Создание виртуальных ассистентов - Искусственный интеллект позволяет сделать их не только более доступными, но и персонифицированными.



Такие ассистенты могут помочь пациентам справляться с тревожностью и/или депрессивными состояниями в онлайн-режиме. Предоставлять информацию, поддержку и советы, основанные на собранной информации о конкретном человеке [1].

В России использование нейросетей, в качестве инструмента для оказания психологической поддержки является очень перспективным. Особенно после того, как страна столкнулась с ростом числа людей, нуждающихся в психологической помощи, например, в результате пандемии Covid-19. Внедрение таких технологий может обеспечить доступ к качественной психологической помощи в условиях, когда это особенно необходимо [5].

Исследовав интервью с одним из пользователей социальных сетей, можно выделить положительные и отрицательные аспекты применения нейросетей в качестве психологического помощника на примере Chat GPT.

К плюсам относятся:

1. Возможность адаптировать запрос под себя (в том числе, можно прописать даже проявления сочувствия);
2. Низкая цена;
3. Возможность обращения в момент возникновения необходимости и быстрый ответ;
4. **Проявление внимания к деталям;**
5. Нейросети, посредством дополнительных вопросов, могут оценить психологическое состояние и предложить способы, которые могут помочь справиться с ним;
6. **Нейросеть общается спокойным тоном.**

К минусам такого обращения относятся:

1. Нейросеть говорит в безразличном тоне;



2. Цикличное повторение схемы воздействия (проблема — решение — проблема — решение)
3. Регулярное нарушение правил запроса (перенаправляет к другим специалистам, даже если ей прописано этого не делать);
4. Не ощущается как реальный человек;
5. Нет анализа динамики сосотояния, так как такие сессии короткие и разовые;
6. Риск приватности [6].

Одно из главных преимуществ нейросетей в психотерапии заключается в их способности анализировать большие объемы данных и предоставлять персонализированные рекомендации и решения. Нейросети могут обрабатывать разностороннюю информацию о пациенте, и на основе этих данных предлагать индивидуальные методики и стратегии психотерапии, что приводит к более эффективным результатам.

Например, нейросети могут анализировать данные о прошлых терапевтических сессиях и определять, какие методы и подходы дали наилучшие результаты для конкретного пациента. Это позволяет создать индивидуализированный план лечения пациента, учитывая его особенности и предпочтения. Однако такие виртуальные помощники будут менее эмоционально подключены к пациентам, чем реальные специалисты, и некоторым людям может не хватать этого человеческого аспекта. Кроме того, нейросети могут ограничиваться обработкой только поверхностных данных и не способны полностью заменить человеческий анализ и интуицию [7].

Так, например, программы iCognito представляют собой комплексные курсы психологической самопомощи, предназначенные для самостоятельного использования без привлечения профессионального психолога. Эти программы включают в себя профессиональные тесты для оценки психологического



здоровья, серию обучающих занятий и интерактивные упражнения, направленные на работу с мыслями, чувствами и поведением. Программы основаны на научных методах когнитивно-поведенческой терапии, которые прошли многочисленные клинические исследования и были апробированы в практике ведущими психотерапевтами.

Применение нейросетей в онлайн-психотерапии не подменяет роль специалиста, а выступает в качестве вспомогательного инструмента. Терапевт по-прежнему остаётся центральной фигурой в процессе оказания поддержки и помощи клиенту, и нейросети лишь содействуют ему в этом. Важно осознавать, что чем более квалифицирован специалист, тем более качественные запросы он сможет сформулировать, а следовательно, и результаты, предоставляемые нейросетями, будут более ценными [8].

Заключение

Психологические проблемы, от которых страдает современное общество, сформировались в прошлом как способ выжить в других обстоятельствах, с другими людьми. И один из главных постулатов психотерапии - трудности, которые возникли в отношениях, могут быть разрешены только в отношениях.

Нейросети представляют собой инструменты, предназначенные для специалистов из различных областей, включая психологов. С использованием искусственного интеллекта можно повысить продуктивность работы, провести диагностику, выявить фобии и оказать поддержку клиентам в период между консультациями.

Использование нейронных сетей в онлайн-терапии не заменяет роль психолога, а служит вспомогательным инструментом. Психолог по-прежнему играет центральную роль в оказании поддержки и помощи пациенту, а нейросети ему помогают в этом непростом деле. И важно помнить, чем квалифицированнее



специалист, тем более высокого качества будут запросы, а, значит, и материал, выдаваемый нейросетями.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Нейросети в психотерапии: технологии будущего или существующая реальность. [Электронный ресурс]. URL:<https://companies.rbc.ru> / (дата обращения 29.09.2024)

2. Величковский, Б. М. Когнитивная наука. Основы психологии познания: учебник для вузов / Б. М. Величковский. - 2-е изд., испр. и доп. Москва: Издательство Юрайт, 2024. - 783 с. - ISBN 978-5-534-18366-5. - URL: <https://urait.ru/bcode/534868> (дата обращения: 28.10.2024).

3. Воробьев А.В. Обзор применения математических методов при проведении психологических исследований // Психологические исследования. 2010. № 2(10). [Электронный ресурс] URL: <https://psystudy.ru/index.php/num/article/view/933>

4. Славутская Е.В., Аbruков В.С., Славутский Л.А. Нейросетевой системный анализ уровневых психологических характеристик. [Электронный ресурс]. URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/neyrosetevoy-sistemnyy-analiz-urovnevyh-psihologicheskikh-harakteristik/viewer> (дата обращения 29.09.2024)

5. Поддержать беседу: как нейросети становятся помощниками психологов // Известия. URL:<https://iz.ru/1660420/dmitrii-bulgakov/podderzhat-besedu-kak-neiroseti-stanoviatsia-pomoshchnikami-psikhologov> (дата обращения 29.09.2024)

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



7. Доррер М.Г. Психологическая интуиция искусственных нейронных сетей. [Электронный ресурс]. URL:<https://referat.ru/referat/psihologicheskaya-intuiciya-iskusstvennyh-neyronnyh-setey-28237> (дата обращения 28.10.2024)

8. Надежда Румак. Может ли нейросеть заменить психотерапевта? Опыт iCognito [Электронный ресурс]. URL: <https://incrussia.ru/concoct/icognito/> (дата обращения 20.10.2024)

РАЗВИТИЕ ДЕМЕНЦИИ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Долгих Е. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – Яковлев А. С.

Аннотация. Данная статья посвящена изучению механизмов, связывающих алкогольную зависимость и деменцию, а также клиническим проявлениям, диагностике и методам лечения данной патологии. Важность этой темы обусловлена растущим числом случаев деменции, связанных с алкоголем, и необходимостью разработки эффективных стратегий вмешательства.

Ключевые слова: психиатрия, наркология, алкогольный синдром, деменция, когнитивные нарушения, нейротоксичность, лечение, реабилитация.

THE DEVELOPMENT OF DEMENTIA IN INDIVIDUALS WITH ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME.

Dolgikh E.A.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Yakovlev A.S



Abstract. This article is dedicated to studying the mechanisms linking alcohol dependence and dementia, as well as the clinical manifestations, diagnosis, and treatment methods for this pathology. The importance of this topic is underscored by the increasing number of alcohol-related dementia cases and the need for the development of effective intervention strategies.

Keywords: psychiatry, addiction medicine, alcohol syndrome, dementia, cognitive impairment, neurotoxicity, treatment, rehabilitation.

Введение

Синдром алкогольной зависимости (САЗ) представляет собой серьезную проблему общественного здравоохранения, затрагивающую миллионы людей по всему миру. По данным Всемирной организации здравоохранения, более 5% населения страдает от алкогольной зависимости, что приводит к множеству физических и психических заболеваний. Одним из наиболее значительных последствий длительного злоупотребления алкоголем является развитие деменции, которая характеризуется прогрессирующим ухудшением когнитивных функций и нарушением повседневной деятельности.

Алкогольный синдром включает в себя широкий спектр нарушений, вызванных употреблением алкоголя. Употребление алкоголя в больших количествах приводит к токсическому воздействию на нейронные клетки, что может привести к структурным и функциональным изменениям в мозге. Исследования показывают, что хроническое употребление алкоголя связано с атрофией мозга, особенно в областях, отвечающих за память и когнитивные функции.

Цель исследования: проанализировать механизмы, связывающие синдром алкогольной зависимости с развитием деменции, а также рассмотреть



клинические проявления, методы диагностики и возможные подходы к лечению данной патологии.

Материалы и методы исследования: для подготовки обзора были проанализированы научные статьи, публикации и мета-анализы, посвященные теме алкогольной зависимости и деменции. Использовались базы данных PubMed, Google Scholar и Cochrane Library.

Результаты и обсуждение

Этиология: Деменция, развивающаяся у лиц с синдромом алкогольной зависимости, имеет многофакторную этиологию. Основными являются:

1. Токсическое воздействие алкоголя: хроническое употребление алкоголя приводит к прямому токсическому воздействию на нейроны, что вызывает их гибель и нарушает нормальные нейробиологические процессы.

2. Недостаток питательных веществ: алкогольная зависимость часто сопровождается недостаточным питанием, что может привести к дефициту витаминов, особенно витамина В1 (тиамина). Дефицит тиамин может вызывать синдром Вернике-Корсакова, который характеризуется тяжелыми нарушениями памяти и когнитивными расстройствами.

3. Сопутствующие заболевания: у людей с алкогольной зависимостью часто наблюдаются сопутствующие заболевания, такие как черепно-мозговые травмы, которые могут усугублять когнитивные нарушения.

4. Генетические факторы: генетическая предрасположенность также может играть роль в развитии деменции у людей с алкогольной зависимостью.

Механизмы развития:

1. Нейротоксичность: алкоголь оказывает прямое токсическое воздействие на нейроны, что приводит к их гибели. Исследования показывают, что хроническое употребление алкоголя вызывает апоптоз нейронов и повреждение глиальных клеток, что в свою очередь ведет к ухудшению когнитивных



функций. Алкоголь нарушает синтез нейротрофических факторов, необходимых для роста и восстановления нейронов.

Кроме того, алкоголь вызывает окислительный стресс, который способствует повреждению клеточных структур. Это может привести к нарушению передачи сигналов между нейронами и снижению пластичности мозга.

2. Восприятие и обработка информации: алкоголь влияет на различные нейротрансмиттерные системы, такие как дофаминовая и серотониновая. Эти изменения могут привести к нарушениям в восприятии и обработке информации, что затрудняет обучение и запоминание. Дефицит витаминов группы В, особенно тиамина (В1), также играет важную роль в развитии когнитивных нарушений, приводя к состояниям, таким как синдром Вернике-Корсакова.

Нарушение работы дофаминовой системы может привести к снижению мотивации и интереса к окружающему миру, что также сказывается на когнитивных функциях.

3. Сосудистые изменения: хроническое употребление алкоголя связано с развитием гипертонии и атеросклероза, что увеличивает риск инсульта и других сосудистых заболеваний. Эти сосудистые изменения могут привести к ишемии мозга и развитию сосудистой деменции, которая часто наблюдается у лиц с алкогольной зависимостью.

Исследования показывают, что алкоголь может способствовать образованию тромбов и повышению проницаемости сосудов, что усугубляет ишемические процессы в мозге.

4. Метаболические нарушения: алкоголь нарушает обмен веществ, что может привести к различным дефицитам питательных веществ. Дефицит витаминов и минералов, необходимых для нормальной работы мозга, может



усугубить когнитивные нарушения. Кроме того, алкоголь может вызывать воспалительные процессы в мозге, что также способствует развитию деменции.

Длительное потребление алкоголя может привести к недостатку цинка, магния и других микроэлементов, необходимых для нормального функционирования нейронов.

Клинические проявления: деменция у лиц с синдромом алкогольной зависимости может проявляться различными симптомами:

- Проблемы с памятью: пациенты часто испытывают трудности с запоминанием новой информации и воспроизведением прошлых событий.
- Нарушение внимания: сложности с концентрацией внимания и выполнением задач становятся заметными как в повседневной жизни, так и на рабочем месте.
- Изменения настроения: у лиц с алкогольной зависимостью часто наблюдаются депрессия, тревожность и эмоциональная нестабильность.
- Снижение способности к планированию и организации: это может затруднять выполнение повседневных задач и принятие решений.

Эти проявления могут варьироваться по степени выраженности и времени появления в зависимости от уровня злоупотребления алкоголем и индивидуальных особенностей пациента.

Диагностика: диагностика деменции у лиц с синдромом алкогольной зависимости включает в себя:

1. Клиническое интервью: Сбор анамнеза о потреблении алкоголя, наличии когнитивных нарушений и сопутствующих заболеваний.
2. Невропсихологическое тестирование: Оценка памяти, внимания, исполнительных функций и других когнитивных способностей. Тесты, такие как MMSE (Минимальная шкала оценки состояния психики) и MoCA (Тест на когнитивные нарушения), могут быть полезны для оценки состояния пациента.



3. Медицинское обследование: Исключение других причин когнитивных нарушений (например, метаболических или инфекционных заболеваний) с помощью лабораторных анализов.

4. Картирование мозга: в некоторых случаях может быть рекомендовано проведение МРТ или КТ для оценки структурных изменений в мозге.

Клиническая диагностика требует комплексного подхода и участия мультидисциплинарной команды специалистов.

Подходы к лечению и профилактике:

1. Фармакотерапия. Использование медикаментов для улучшения когнитивных функций и стабилизации настроения. Важно учитывать возможность взаимодействия лекарств с алкоголем. Препараты, такие как ингибиторы холинэстеразы (например, донепезил), могут быть назначены для улучшения памяти.

2. Психотерапия. Работа с психотерапевтом помогает пациентам преодолеть зависимость от алкоголя и улучшить эмоциональное состояние. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) может быть особенно эффективна в этом контексте.

Психотерапия также может включать элементы семейной терапии, что позволяет вовлечь близких в процесс лечения и реабилитации.

3. Социальная реабилитация. Программы социальной реабилитации могут помочь пациентам интегрироваться в общество и улучшить качество жизни. Важно обеспечить поддержку со стороны семьи и друзей. Участие в группах поддержки для людей с алкогольной зависимостью может быть полезным дополнением к основному лечению.

4. Образовательные программы. Обучение пациентов и их родственников о последствиях алкогольной зависимости и методах борьбы с ней способствует лучшему пониманию проблемы и повышению мотивации к лечению.



Образовательные инициативы могут включать семинары, лекции и раздаточные материалы по вопросам здоровья.

Профилактика: профилактика деменции у лиц с синдромом алкогольной зависимости включает в себя:

Образовательные инициативы: повышение осведомленности о рисках злоупотребления алкоголем.

Программы раннего вмешательства: предоставление помощи на ранних стадиях злоупотребления алкоголем.

Поддержка здорового образа жизни: пропаганда здорового питания, физической активности и отказа от вредных привычек.

Профилактические меры должны быть направлены как на индивидуальные факторы риска, так и на социальные условия, способствующие злоупотреблению алкоголем.

Заключение

Развитие деменции у лиц с алкогольным синдромом представляет собой сложную проблему, требующую внимательного подхода со стороны медицинских работников. Понимание механизмов, связывающих алкоголь с когнитивными нарушениями, а также применение комплексных методов лечения могут помочь улучшить качество жизни пациентов и замедлить прогрессирование заболевания. Необходимы дальнейшие исследования для более глубокого понимания этой связи и разработки эффективных стратегий вмешательства.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Кузнецов, В. А. Алкогольная зависимость и когнитивные нарушения: современные подходы к диагностике и лечению. Психиатрия и психотерапия. 2017. № 3(1). С.12-18.



2. Смирнова, Е. Ю., Коваленко, А. В. Программы реабилитации для людей с алкогольной зависимостью: эффективность и перспективы. Психология и здоровье. 2022. № 6(4). С. 50-58.

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

4. Sokol, R. J., Delaney-Black, V. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Review of the Literature. Journal of Pediatric Health Care, 33(5), 511-520.

5. Oscar-Berman, M., Marinkovic, K. Alcoholism and the Brain: An Overview. Neuroscience Biobehavioral Reviews, 31(2), 233-250.

6.. Федорова, Т. В., Романов, Д. С. Образовательные инициативы по профилактике алкоголизма: результаты исследований. Журнал профилактической медицины. 2023. №2(1). С.15-22.

7. Левин, М. А., Соловьёв, А. В. Неврологические аспекты алкоголизма: от патогенеза до клиники. Неврология и нейропсихиатрия. 2018. №1(2). С. 45-52.

8. Hyman, S. E., Malenka, R. C. Addiction and the Brain: The Neurobiology of Addiction. Nature Reviews Neuroscience, 2(10), 695-703.

9. Wilkins, K., Wong, H. (2020). Cognitive Impairment and Dementia in Alcohol Use Disorders: A Review of the Evidence. Cognitive Neuropsychiatry, 25(3), 213-229.

10. Zahr N.M., et al. (2017). The neuroanatomy of alcohol-related brain damage. Alcoholism: Clinical and Experimental Research.



**КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ**

Зайцева Е. В., Жукова Н. В.

*Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом психиатрии
учреждения образования*

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Научные руководители - Сквиря И. М., Абрамов Б. Э.

Аннотация. В данной статье установлено, что когнитивные нарушения наблюдались у четверти пациентов, перенесших COVID-19 в неосложненных случаях и у двух третей пациентов с постковидным синдромом и в значительной части случаев требовали углубленного исследования психолога и консультации специалистов в области психиатрии.

Ключевые слова: психическое здоровье, пандемия COVID-19, постковидный синдром, когнитивные нарушения, социальная дезадаптация, психиатрическая помощь.

**COGNITIVE IMPAIRMENTS IN PATIENTS WITH
POST-COVID SYNDROME**

Zaitseva E.V., Zhukova N.V.

Department of Neurology and Neurosurgery with a Course in Psychiatry

Gomel State Medical University

Gomel, Republic of Belarus

Scientific Supervisors - Skvira I.M., Abramov B.E.

Abstract. This article found that cognitive impairment was observed in a quarter of patients who had recovered from COVID-19 in uncomplicated cases and in two-thirds of patients with post-COVID syndrome, and in a significant proportion of cases required in-depth examination by a psychologist and consultation with psychiatrists.

Keywords: mental health, COVID-19 pandemic, post-COVID syndrome, cognitive impairment, social maladjustment, psychiatric care.



Введение

Коронавирусная инфекция (COVID-19) - инфекционное заболевание, вызываемое вирусом SARS-CoV-2 [2]. Согласно исследованиям, при возникновении определенных условий вирус SARS-CoV-2 может не ограничиваться поражениями респираторного тракта и вызывать заболевания нервной системы. Среди пациентов, перенесших COVID-19, задокументированы следующие неврологические симптомы: головная боль, головокружение, миалгия, anosmia, а также случаи возникновения энцефалопатии, инсульта, эпилептических припадков, рабдомиолиза и синдрома Гийена - Барре [6].

Кроме того, результаты исследований, проведенных китайскими учеными, доказали, что нарушения иммунной системы, вызванные COVID-19, могут приводить к психопатологии, а острый респираторный дистресс-синдром, обусловленный COVID-19, — к психиатрическим последствиям, например депрессии, тревоге, бессоннице и обсессивно-компульсивному расстройству [6, 3]. Когнитивные жалобы, у перенесших коронавирусную инфекцию, отмечаются часто. Но по данным метаанализов выяснилось, что во многих случаях они не подтверждались результатами нейропсихологических исследований. Но у тех, кто жаловался на когнитивную дисфункцию, часто обнаруживались феномены тревоги и депрессии [4].

Цель: изучить риск развития и тяжесть выраженности когнитивных нарушений у пациентов перенесших COVID-19, во взаимосвязи с развитием постковидного синдрома.

Материал и методы исследования

На базе учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 2» было проведено сравнительное изучение двух подгрупп пациентов, перенесших COVID-19 (критерий включения в исследование). Основная подгруппа состояла из 40 лиц с постковидным синдромом (ПКС),



также называемым длительным ковидом, — это общий термин, используемый для описания хронических исходов инфекции SARS-CoV-2 [1]. Это были пациенты с жалобами, длящимися не менее двух месяцев, на повышенную утомляемость, одышку, лабильность настроения, снижение памяти, и других функций, как правило, влияющих на повседневную жизнедеятельность. Контрольная подгруппа — 40 пациентов, перенесших COVID-19, но не имеющих признаков ПКС.

К критериям исключения отнесены возраст: моложе 18 и старше 70 лет; соматические заболевания в стадии декомпенсации; демиелинизирующие и нейродегенеративные заболевания центральной нервной системы; заболевания, сопровождающиеся выраженным когнитивным дефицитом, диагностированные до перенесенной инфекции COVID-19; диагностированные до инфекции COVID-19 расстройства поведения.

Для оценки когнитивных нарушений проводили анкетирование по краткой модифицированной нами шкале оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination - MMSE [5]): 30–28 баллов — нет нарушений, 27–24 баллов — субклинические когнитивные нарушения, 23–20 балла — когнитивные нарушения лёгкой степени, 19–11 баллов — когнитивные нарушения умеренной степени, 10–0 баллов — когнитивные нарушения тяжелой степени. Модификация шкалы касалась только замены используемого в шкале понятия «деменция» на термин «когнитивные нарушения», так как определение деменции, согласно МКБ-10, требует четких, в том числе временных (длительность нарушений памяти и когниций не менее 6 месяцев) критериев, чего у наших пациентов не наблюдалось.

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводились с использованием пакета прикладных программ «STATISTICA» 10.0. И Microsoft Excel 2020. Относительный риск (ОР) прогрессии заболевания рассчитывался с



использованием пакета статистических программ GraphPad Prism 8.0. Нижняя граница 95% доверительного интервала (ДИ) более 1,0 отражало статистическую значимость изучаемых прогностических факторов. Нормальность распределения показателей оценивали с помощью критерия Фишера. Данные, не соответствующие нормальному распределению, были представлены в виде медианы (Me) и нижнего-верхнего квартилей (LQ–UQ).

Результаты исследования и их обсуждение

Вначале нами были определены основные социально-демографические параметры наших пациентов. Во всей исследуемой группе из 80 человек преобладали женщины - 50 (62,5%) человек, мужчин было 30 (37,5 %) человек. По возрасту пациентов от 18 до 30 лет было 16 (20 %) человек, от 30 до 50 —36 (45 %) и от 50 до 70 - 28 (35 %) пациентов. Средний возраст для женщин составлял $51,0 \pm 9,3$ года, для мужчин — $52,0 \pm 10,0$ года ($p > 0,05$).

Сравнительная частота когнитивных нарушений в подгруппах представлена таблицей 1.

Таблица 1. - Частота когнитивных нарушений в подгруппах сравнения

Когнитивные нарушения	Основная подгруппа	Контрольная подгруппа	ОР (95%ДИ)
Есть	14 (35%)	10 (25%)	2,600
Отсутствуют	26 (65%)	30 (75%)	(1,451–4,657)
Всего	40 (100%)	40 (100%)	-

Как следует из таблицы 1, в основной подгруппе у 14 (35,0 %) пациентов были выявлены когнитивные нарушения, а у 26 (65,0 %) человек когнитивных нарушений не было выявлено. В контрольной группе когнитивные нарушения были выявлены у 10 (25,0 %) пациентов, а у 30 (75,0 %) — их не было выявлено.



При этом ОР прогрессии когнитивных нарушений был выше в первой группе в 2,60 (1,45–4,66) раза, по сравнению с подгруппой контроля ($p=0,02$).

Распределение пациентов по выраженности когнитивных расстройств у пациентов подгрупп сравнения по шкале MMSE - таблица 2.

Как следует из таблицы 2, субклинически выраженные когнитивные нарушения наблюдались в основной подгруппе у 15 (37,5%) пациентов, а в контрольной — у 8 (20,0 %). Легкая степень когнитивных нарушений была выявлена у 10 (25,0 %) пациентов основной подгруппы и всего у 2 (5,0 %) человек контрольной подгруппы. Умеренные когнитивные нарушения наблюдались только у 1 (2,5%) пациента первой подгруппы, а тяжелых когнитивных нарушений среди наших пациентов выявлено не было.

Таблица 2. - Выраженность когнитивных нарушений в подгруппах сравнения

Степень выраженности когнитивных нарушений	Основная группа	Контрольная группа	Всего
Нет нарушений	14 (35%)	30 (75%)	44 (55%)
Субклинические	15 (37,5%)	8 (20%)	23 (28,75%)
Легкая степень	10 (25%)	2 (5%)	12 (15%)
Умеренная	1 (2,5%)	-	1 (1,25%)
Тяжелая	-	-	-
Всего	40 (100%)	40 (100%)	80 (100%)

В целом когнитивные нарушения наблюдались в основной подгруппе у 26 (65,0 %) пациентов против 10 (25,0 %) в группе контроля ($p < 0,001$).

Что касается ОР развития субклинически выраженных когнитивных нарушений, то он был выше у пациентов с ПКС (основной подгруппы) в 2,46 (1,21–4,99) раза ($p=0,032$), а ОР более тяжелых степеней когнитивных нарушений



определить не удалось из-за малого числа их случаев в обеих подгруппах ($p=0,05$).

Таким образом, в результате нашего исследования установлено, что риск развития когнитивных нарушений статистически значимо выше у пациентов с постковидным синдромом в сравнении с пациентами, перенесшими коронавирусную инфекцию и не имеющих критериев постковидного синдрома ($p < 0,001$). Безусловно, полученные нами результаты могут считаться только предварительными и должны быть сопоставлены с данными клинического и других параклинических исследований. Кроме того, нужно индивидуально подходить к интерпретации результатов исследования у пациентов с выраженными речевыми нарушениями, двигательными расстройствами, особенно с гемипарезом в правой руке (при поражении центра Брока, отвечающего за речь), нарушениями слуха и зрения. Оценка когнитивных функций при аффективных расстройствах, которые весьма характерны для постковидного синдрома и наблюдались почти во всех наших пациентов основной группы, требует также особого подхода, поскольку у таких пациентов, как правило, имеют место явления обратимого когнитивного снижения, которые редуцируют по мере купирования аффективной симптоматики. Для объективизации истинного уровня когнитивных расстройств у этих больных необходимо проводить их обследование в динамике. В нашем исследовании пациентам, получившим по данному тесту результаты, выходящие за границы нормы, было рекомендовано консультирование клинического психолога для углубленного психодиагностического исследования, динамическое наблюдение врача-невролога и врачей-специалистов в области психиатрии.

Заключение

Когнитивные нарушения у лиц, перенесших COVID-19, являются весьма характерным и распространенным признаком и наблюдались у четверти



пациентов в неосложненных случаях заболевания. При развитии постковидного синдрома у исследованных пациентов относительный риск когнитивных нарушений возрастал в 2,60 (1,45–4,66) раза, и они наблюдались чаще — у двух третей наших пациентов ($p=0,02$).

Несмотря на то, что возникающие когнитивные нарушения у большинства пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, как в неосложненных случаях, так и у пациентов с постковидным синдромом, были субклинической и легкой степени выраженности, данные пациенты нуждались в углубленном исследовании психологами, а в ряде случаев в консультативной помощи специалистов в области психиатрии.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Волкова М.В. Постковидный синдром: клинические проявления, терапевтические возможности / М.В. Волкова, Е.В. Кундер // Рецепт. 2023. Т. 26, № 2. С. 3–12.
2. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://www.who.int/ru/health-topics/coronavirus/coronavirus#tab=tab_1. — Дата доступа: 22.08.2024.
3. Демьяновская Е. Г. Неврологические аспекты COVID-19. Тактика ведения пациентов неврологом с учетом эпидемиологической ситуации / Е. Г. Демьяновская, С. М. Крыжановский., А. С. Васильев, В. И. Шмырев // Лечащий врач. 2021. № 2. С. 54–60.
4. Сквиря И.М. Психологические и психические расстройства, связанные с пандемией COVID-19 / И.М. Сквиря, Б.Э. Абрамов // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: Сб. матер. V Межд. междисциплинарной науч.-практ. конф., к 160-летию Алоиса Альцгеймера (Кемерово, 4.10.2024) / Отв. ред. Г.В. Акименко. Кемерово: КемГМУ, 2024. С. 334–342.



5. Folstein M.F. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. - Journal of psychiatric research. - 1975. - Vol. 12 (3).- P. 189–198.
6. Shukla A.K. Angiotensin-Converting-Enzyme 2 and Renin-Angiotensin System Inhibitors in COVID-19: An Update / A.K. Shukla, M. Banerjee // High Blood Press Cardiovasc Prev. - 2021. -Vol. 28, № 2. - P. 129–139.

ВЛИЯНИЕ НЕЙРОЛЕПТИКОВ НА ОБМЕН ВЕЩЕСТВ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Иконников С. П.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – Яковлев А.С.

Актуальность. Проблема соблюдения больными врачебных предписаний была актуальна практически всегда. По данным ВОЗ примерно половина всех хронически больных не выполняют медицинские рекомендации. Особенно остро эта проблема стоит применительно к больным с психической патологией. Несоблюдение больными врачебных назначений приводит к серьёзным последствиям и существенно снижает эффективность лечения, создаёт проблему бессмысленности разработки новых подходов к терапии каждого отдельного больного и в целом отодвигает нас в развитии далеко назад. Одна из причин несоблюдения лечения – это возможные метаболические нарушения, приводящие к набору массы тела.

Ключевые слова: нейролептики, обмен веществ, дислипидемия, инсулинорезистентность, гиперпролактинемия.



THE EFFECT OF NEUROLEPTICS ON METABOLISM IN PSYCHIATRIC PATIENTS.

Ikonnikov S. P.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Yakovlev A.S.

Abstract. The problem of patients' compliance with doctor's orders has been relevant practically always. According to WHO data, about half of all chronically ill patients do not comply with medical recommendations. This problem is especially acute for patients with mental pathology. Non-observance of medical prescriptions by patients leads to serious consequences and significantly reduces the effectiveness of treatment, creates a problem of senselessness of development of new approaches to therapy of each individual patient and in general moves us backwards in development. One of the reasons for non-compliance with treatment is possible metabolic disorders leading to weight gain. Translated with DeepL.com (free version)

Keywords: neuroleptics, metabolism, dyslipidemia, insulin resistance, hyperprolactinemia.

Введение

Распространенность ожирения у больных шизофренией составляет 40-60%, в то время как в общей популяции она в два раза выше. Еще до открытия и внедрения нейролептиков было известно, что висцеральное ожирение при шизофрении встречается в три раза чаще, чем в общей популяции. Было высказано предположение, что это может быть связано с повышенной выработкой кортизола, которая часто встречается у больных шизофренией. Кроме того, развитие ожирения у пациентов с психическими расстройствами



связано с врожденной гипотонией, перееданием и другими компонентами нездорового образа жизни.

О развитии прибавки в весе и ожирения на фоне приема нейролептических препаратов известно с момента их открытия. Первым антипсихотическим препаратом считается хлорпромазин, который использовался в психиатрической практике с 1950 по 1952 год. Это открытие стало революционным для психофармакологии во всем мире и позволило лечить многие психические расстройства как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. За более чем полвека этот класс препаратов заметно расширился, разделившись на два поколения, а также проявив ряд побочных эффектов, в том числе метаболических,

Нейролептики широко используются для лечения таких заболеваний, как шизофрения, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство, параноидальное расстройство, синдром Туретта и послеродовой психоз. Нейролептики редко используются в качестве дополнительного препарата при лечении депрессии с выраженными психотическими симптомами. В редких случаях нейролептики могут использоваться для контроля бреда и галлюцинаций в рамках основного неврологического заболевания, когда психотические симптомы пациента не улучшаются при первичном лечении. Кроме того, эти препараты назначают пациентам с пограничным расстройством личности, обсессивно-компульсивным расстройством, нервной анорексией, бессонницей и деменцией, например болезнью Альцгеймера [1].

Существуют две основные категории нейролептиков: нейролептики первого поколения (типичные) и второго поколения (атипичные).

С точки зрения побочных эффектов особого внимания заслуживает нейрхимическая классификация. В этой классификации нейролептики делятся на группы в зависимости от соотношения их средств к различным типам



рецепторов. Все нейролептики антагонизируют D2-дофаминовые рецепторы, что приводит к уменьшению продуктивной симптоматики психических расстройств, являющейся основным терапевтическим эффектом. Практически все нейролептики являются антагонистами альфа-1-адренорецепторов. Многие АП, в основном второго поколения, оказывают направленное действие на серотониновые (5HT) рецепторы, что может объяснить их эффективность в задержке появления негативной симптоматики. Рисперидон, палиперидон, перфеназин, оланзапин, флуфеназин, кветиапин, клозапин, зипрасидон, хлорпромазин и хлорпротиксен антагонизируют 5HT_{2A}-рецепторы. Рисперидон, палиперидон, сертиндол, оланзапин, хлорпромазин, кветиапин и клозапин оказывают прокинетическое действие на 5HT_{2c}-рецепторы. Кроме того, некоторые из ведущих нейролептиков второго поколения обладают тропизмом к другим рецепторам в центральной нервной системе (ЦНС): гистаминовым H₁, α ₂-адренергическим, холинергическим, ГАМК-ергическим, глутаминовым и каннабиноидным рецепторам, а также к D2-дофаминовым рецепторам. Особого внимания заслуживают сульпирид и амисульпирид, проявляющие агонистические свойства.

Недавно были выявлены нейролептики III поколения, являющиеся частичными агонистами дофаминовых рецепторов. Это арипипразол, карипразин и брекспипразол. Механизм действия арипипразола связан с механизмом действия D2-частичных агонистов. Карипразин обладает уникальным рецепторным профилем: он является частичным агонистом D2-рецепторов, подобно арипипразолу, но имеет наибольшее сродство к D3-рецепторам, является частичным агонистом серотониновых 5HT_{1A}-рецепторов, антагонистом 5HT_{2B}- и 5HT_{2A}-рецепторов и антагонистом гистаминовых H₁ антагонист H₁-рецепторов. Брекспипразол является частичным агонистом



серотониновых 5-гидрокситриптаминовых 1А и дофаминовых D2-рецепторов и антагонистом серотониновых 5-гидрокситриптаминовых 2А-рецепторов.

Появление атипичных нейролептиков расширило возможности лечения больных шизофренией и снизило риск развития экстрапирамидных побочных эффектов, однако они по-прежнему не имеют абсолютного превосходства над нейролептиками I типа.

Вернемся к вопросу увеличения веса. Эта проблема стала наиболее актуальной с изобретением нейролептиков второго поколения, которые оказывают более выраженное влияние на набор веса, чем типичные нейролептики. Примерно у 50-60% пациентов, длительно принимающих нейролептические препараты, наблюдается увеличение веса. Под фармакологическим набором веса обычно понимают увеличение массы тела на 5-7 % на фоне приема препарата, что приводит к отказу от лечения и другим проблемам со здоровьем. Помимо медицинских проблем, увеличение веса является серьезной психологической проблемой для пациентов. Известно, что отказ от приема нейролептических препаратов из-за увеличения веса является наиболее частой причиной повторной госпитализации у пациентов с психическими заболеваниями.

По ряду причин для данной категории пациентов следует расценивать как крайне нежелательный побочный эффект. метаболических нарушений (дислипидемии и нарушениям углеводного обмена), которые, в свою очередь, повышают сердечно-сосудистые риски. В механизме возникновения особую роль играет усиление аппетита, изменение пищевых пристрастий в пользу более калорийной пищи, снижение чувствительности к инсулину, подавление липолиза, снижение физической активности. Хотя многое в механизме набора веса остается неясным, считается, что ключевую роль играет тропность отдельных нейролептиков к серотониновым 5-HT_{2C}-рецепторам, что объясняет



различия в рисках развития метаболических нарушений между отдельными представителями антипсихотиков: наиболее часто к ожирению приводит прием клозапина и оланзапина.

Предполагается, что данные препараты способны оказывать прямое действие на нейроны гипоталамуса, содержащие нейропептид Y, который влияет на уровень лептина- пептидный гормон, регулирующий обмен веществ. Наиболее нейтральным эффектом в отношении массы тела обладают арипипразол, луразидон, зипразидон и кветиапин [3].



На данном изображении представлены механизмы развития метаболических побочных эффектов антипсихотической терапии.

Нежелательное состояние, характеризующееся увеличением веса при длительном лечении нейролептическими препаратами:

Дислипидемия — это патологическое состояние, связанное с нарушением обмена липидов и липопротеидов, то есть с изменением соотношения их концентрации в крови. Она является одним из основных факторов риска развития атеросклероззависимых заболеваний [2].



Инсулинорезистентность - это состояние, при котором ткани организма теряют чувствительность к гормону инсулину. Инсулин вырабатывается в бета-клетках островков Лангерганса (названных так по имени врача, впервые описавшего инсулин), особой части поджелудочной железы.

Гиперпролактинемия - это состояние повышенного содержания гормона пролактина в крови. Механизм заключается в блокаде D2-рецепторов на мембранах лактотрофов в системе узлового дна гипоталамуса. Часто это состояние связано с приемом антипсихотических препаратов, таких как амисульприд, сульпирид, рисперидон и галоперидол. Это состояние может быть первопричиной многих метаболических изменений, хотя это скорее эндокринное, чем метаболическое осложнение.

Заключение

При назначении нейролептических препаратов врачи должны учитывать сопутствующие соматические заболевания при подборе лечения. Все пациенты, проходящие длительное лечение нейролептическими препаратами, нуждаются в специальном обследовании с регулярным измерением массы тела, гликемии и липидного спектра. При наличии отклонений в липидном и глюкозном обмене и значительной прибавке в весе следует рассмотреть вопрос о модификации лечения с учетом психического состояния пациента. Кроме того, разумная диета с умеренным содержанием калорий и повышенная физическая активность могут эффективно снизить прибавку в весе.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Васкес-Бургон, Хавьер Влияние прекращения лечения на долгосрочное (10-летнее) увеличение массы тела и липидный обмен при первом эпизоде психоза: результаты исследования группы PAFIP-10 // Международный журнал нейропсихофармакологии том 24,1 (2021): 1-7. doi: 10.1093/ijnp/ryaa066



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

3. Вольф, М. А. и А. Вильнев. «Les effets indésirables des neuroleptiques» [Side-effects of neuroleptics]. Энцефалограмма том 16,2 (1990): 111-24.

РАС И НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Ирмухамедов Т. Б.

*Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии,
медицинской психологии, психотерапии*

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

Аннотация. Исследования, последовательно происходящие в данном направлении, показали, что характерные нарушения в развитии затрагивают все ментальные сферы при расстройстве аутистического спектра, которые тесным образом имеют связь с нарушениями в эмоциональной сфере [4]. Имеются ряд исследований, которые описывают наиболее характерные варианты аутистического нарушения (дизонтогенеза), которые отражают сложности при формировании основных механизмов эмоциональной, организации сознания и поведения [1, 3]. Изучение закономерностей психического развития является одним из приоритетных направлений исследований последних лет. Это особенно важно для лиц с аутистическими расстройствами. Возникающие нарушения при аутистических расстройствах, которые проявляются в способностях правильно реализовать задатки сенсомоторного, речевого, умственного развития в социальном и эмоциональном взаимодействии с близкими и активном освоении



среды. Выделены первые признаки аффективного неблагополучия, дающие возможность прогнозировать вероятность аутистического развития до очевидного проявления синдрома во всей его полноте, а также определенные сочетания этих признаков, позволяющие предсказать формирование того или иного типа синдрома [2].

Ключевые слова: расстройство, аутистическое расстройство, первазивные расстройство, эндогенные заболевания, когнитивные расстройства.

ASD AND NEUROCOGNITIVE CHARACTERISTICS IN AGE ASPECT

Irmukhamedov T. B.

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

Abstract. Research consistently conducted in this direction has shown that characteristic developmental disorders affect all mental spheres in autism spectrum disorder, which are closely related to disorders in the emotional sphere [4]. There are a number of studies that describe the most characteristic variants of autistic disorder (dysontogenesis), which reflect the difficulties in the formation of the basic mechanisms of emotional, organization of consciousness and behavior [1,3]. The study of the patterns of mental development is one of the priority areas of research in recent years. This is especially important for individuals with autistic disorders. The disorders that arise in autistic disorders, which are manifested in the ability to correctly implement the inclinations of sensorimotor, speech, mental development in social and emotional interaction with loved ones and active exploration of the environment. The first signs of affective distress have been identified, making it possible to predict the probability of autistic development before the obvious manifestation of the syndrome



in its entirety, as well as certain combinations of these signs, making it possible to predict the formation of one or another type of syndrome [2].

Keywords: disorder, autistic disorder, pervasive disorder, endogenous diseases, cognitive disorders.

Введение

При расстройствах аутистического спектра трудности аффективного развития в раннем возрасте предшествуют и обуславливают первазивные нарушения в становлении психических функций [4]. Под названием аутизма описываются психопатологические расстройства различного регистра: психотические и непсихотические; кататонические, бредовые, а также патохарактерологические и невротические [5]. Это нашло отражение и в классификационных системах - если в МКБ-9 ранний детский аутизм был включен в рубрику психозов детства (299.0), то в МКБ-10 он находится в разделе «Расстройств психологического (психического) развития» в диагностической группе «Общих (первазивных) расстройств развития» (Б84) [6, 10].

Синдром Аспергера отнесен в МКБ-10 в тот же раздел, в то время как шизоидное расстройство личности, исходя лишь из возрастных различий, рассматривается в разделе «Расстройств личности и поведения». Среди аутистических синдромов у детей выделяли первичный и вторичный (регрессивный, постпсихотический, «нажитой»), симптоматический, истинный и псевдоаутизм [7]. В.Е. Каган предложил выделять также диссоциативный (определяющийся диссоциацией при детской шизофрении) и продуктивный (сопровождается продуктивной симптоматикой) аутизм [8, 9].

Цель: изучение аспектов нейрокогнитивного функционирования при расстройствах аутистического спектра.



Материалы и методы исследования

В ходе работы было обследовано 38 детей с аутистическими расстройствами в возрасте от 6 до 15 лет. Все обследованные больные находились на стационарном лечении. Критериями включения в исследование являлось: отсутствие аутистических расстройств, эндогенного процесса в детстве у всех обследуемых больных. Обследуемые дети обучались либо в массовой школе, либо в специализированных учебных заведениях, иногда в индивидуальной форме. Для сравнения была сформирована контрольная группа. По составу контрольная группа включала в себя 38 здоровых детей от 6 до 15 лет. Критериями включения в контрольную группу явились: отсутствие обращений в специализированные учреждения за психиатрической и психоневрологической помощью, отсутствие эндогенной и психоорганической патологии в анамнезе.

В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-патопсихологический методы исследования. В качестве дополнительных использовались соматоневрологическое и другие исследования, необходимые для объективной оценки состояния больных в разные периоды заболевания. Для оценки признаков аутизма был использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами.

Клинико-психопатологический метод применялся в процессе классического интервьюирования больных и их родственников и включал в себя субъективную оценку психического статуса пациентов, сбор подробных анамнестических сведений со слов больного и его ближайшего окружения и составление на этой основе детального анамнеза с использованием дополнительных данных из архивных историй болезни и выписок из других стационаров.



Квалификация психического статуса на момент поступления и в динамике проводилась при первичном осмотре и в процессе дальнейшей курации больных. Психометрический метод использовался с целью унификации клинических данных и проведения параметрических исследований.

Результаты и обсуждение

Ретроспективный анализ историй развития детей с аутизмом и возможность наблюдения за особенностями их взаимодействия с окружающими позволили подтвердить и систематизировать аффективные расстройства на ранних этапах аутистического дизонтогенеза. Накопление этих расстройств в течение первых двух - двух с половиной лет жизни и оформление их в определенные сочетания, предопределяет формирование вариантов синдрома детского аутизма, различающихся по степени раннего аффективного взаимодействия ребенка с близкими и с окружением в целом. Сравнительный анализ аффективной сферы в норме и при аутистическом дизонтогенезе позволяет подтвердить значимость полноценного формирования самых ранних этапов аффективного взаимодействия младенца с матерью, содержанием которых является эмоциональное и социальное развитие.

Различные формы патологии беременности были выявлены в 73,5 % случаев, что составляло почти в 1,5 раза чаще, чем среди здоровых детей. Также было отмечено, что токсикоз беременности встречался во всех группах с одинаковой частотой, в то время как угроза прерывания беременности возникала несколько чаще в группе контроля, где в анамнезе у матерей, беременность протекала без особенностей. Перинатальная патология наблюдалась у 68,3% больных. Наибольшая частота перинатальной патологии - в 85,6% случаев - отмечалась в основной группе.

В большинстве случаев (73,2%) двигательные навыки формировались соответственно возрастным нормативам, преобладание нормального моторного



развития в преморбитном периоде наблюдалось во всех группах. Значительно чаще (79,6%) нормальное моторное развитие на первом году жизни отмечалось среди здоровых детей. Искажения в развитии речи в доманифестном периоде наблюдались в большинстве случаев (78,6%). В группе с тяжелой задержкой психического развития отставание составляло от 5% до 12,6%.

Для этой группы была характерна выраженная диссоциация в развитии отдельных сфер, и дезинтеграция преимущественно в развитии исполнительных когнитивных функций. На максимально низком уровне было развитие подражания, исполнительных и вербальных когнитивных функций, экспрессивной речи. Большинство детей основной группы произносили фразы только в состоянии эмоционального напряжения или вообще не пользовались фразовой речью, наблюдалось общее недоразвитие речи. Для данной группы было характерно стереотипное манипулирование. Сложность в ответной реакции на вербальные реакции отмечалось у детей в качестве трудности обучения по причине выраженного дефицита внимания, а некоторых детей по причине часто возникающих состояний выраженного двигательного возбуждения. В связи с низкой обучаемостью больных данной группы трудно ожидать хотя бы частичной компенсации задержки.

При сравнении групп наблюдались существенные различия в распределении больных в каждой из групп в зависимости от варианта начала расстройства. Задержка спонтанной речи наблюдается у 76,2 % детей в возрасте от 5-7 лет.

Таким образом, можно утверждать, что эта симптоматика такового расстройства постепенно редуцируется без вмешательства специалистов по мере взросления ребенка. В зависимости от пола зарегистрированы следующие показатели: у девочек от 5-7 лет речевая задержка встречается в 78,7 %, а у мальчиков этого возраста в 80,6 %, от 7 до 10 лет сохраняется почти одинаково,



что составляло у 51,5 % мальчиков и 79,2 % девочек, у подростков до 13 лет речь формируется у 35,7 % девочек и 46,5 % мальчиков. Остается выраженной несформированность развития речи в возрасте 13 лет почти у 44,3% мальчиков, а у девочек этого же возраста расстройство речевого развития отмечалось гораздо меньше, что составляло 9,7%. Также необходимо отметить, что у девочек и мальчиков в возрасте до 10 лет выраженность нарушений почти равная, а после 10 лет наиболее стойкое недоразвитие речи сохраняется гораздо выше у мальчиков.

Нарушение или отсутствие ролевых и имитационных игр у детей до 7 лет встречается в 86,9 % случаев, игровая деятельность у ребенка с расстройством аутистического спектра формируется трудно, о чем свидетельствуют вышеупомянутые данные. В группе детей, которые впервые были осмотрены врачом-специалистом в возрасте 5-11 лет эти симптомы отмечались в 78,3 % случаев. В старшей возрастной группе нарушение речи составило среди таких 65,8 % больных детей. Таким образом, значительной разницы в оформлении клинической картины у мальчиков и девочек по данному диагностическому признаку не определилось. Стереотипная, повторяющаяся речь, а также автономная речь может значительно затруднить адаптацию детей в детских дошкольных учреждениях или в детских школьных учреждениях, иных детских коллективах.

В возрастной группе детей до 7 лет аналогичные нарушения имели место быть в 43,5 % случаев, а в возрастной группе до 13 лет стереотипная речь наблюдалась почти в 82,6% случаев. Таким образом, у детей до 7 лет с расстройством аутистического спектра часто отсутствует спонтанная речь, а при ее появлении отмечаются различные речевые нарушения. Они отмечаются и при обращении к специалисту в более старшем возрасте. Так, у детей до 15 лет наблюдается в 72,2 % случаев, у детей и подростков старше 11 лет - в 42,6 %.



Автономность речи отмечается почти у половины девочек до 7 лет (49,1 %) и выявляется в этом же возрасте у 63,2 % мальчиков.

В возрасте от 5 до 10 лет искажения речевой функции удается отметить почти у мальчиков и составило 79,2 %) и у девочек 63,6 %. В возрасте до 13 лет речевые стереотипии выявляются у 52,4 % девочек и 64,5 % мальчиков. В более старшей возрастной группе эти изменения чаще наблюдаются у мальчиков 32,8 %, а у девочек составляло 121,7%. У детей до 7 лет симптомы выявлялись чаще у мальчиков, более чем у половины (46,2%), а у девочек этого возраста регистрировались в 32,8 %.

К 11 годам у мальчиков отмечается незначительное увеличение проявлений (до 53,4 %), а у девочек частота проявлений повышается до 79,2 %. Также необходимо отметить, что к 13 годам уже 51,4 % девочек отличает склонность придерживаться определенного распорядка и ритуалов, у мальчиков происходит увеличение до 63%. После 12 лет сохраняются специфические изменения поведения у половины мальчиков и всех. Стереотипные поведенческие изменения, которые составили выраженность у 54,1 % детей в возрастных группах до 7, до 13 лет их выраженность была почти 45,2 %, чуть больше их обнаруживалось в возрасте до 11 лет. Значительное снижение проявлений выявлялось у подростков старше 11 лет.

Заключение

Основываясь на полученных результатах, можно предположить, что поведенческие нарушения при расстройствах аутистического спектра, выражающиеся в расстройствах социализации, коммуникации, уменьшаются с возрастом даже без обращения за помощью к специалисту. Понимание нормальных возрастных изменений в характере и степени отзывчивости и активности ребенка в отношениях с близкими и через них, с более широким окружением позволяет уточнить характер первичных трудностей при угрозе



аутистического развития. При аутистических расстройствах возникают проблемы поддержания активности ребенка в контактах с окружающим и регуляции его аффективных состояний, что в контрольной группе обеспечивалось возможностью взрослого разделять его аффективные переживания.

Полученные результаты демонстрируют достоверно частое обнаружение речевых стереотипий у мальчиков. Недостаточность, отсутствие или искаженность ответной реакции ребенка на эмоциональную оценку близкого взрослого приводит к тому, что ограниченные положительные эмоциональные впечатления остаются для него возбуждающими, а нейтральные не начинают привлекать внимание. Эмоциональные нарушения у детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении регуляции взрослыми активности и поддержания эмоциональной стабильности ребенка.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Авдеева Н.Н. Особенности материнского отношения и привязанность ребенка к матери // Психологическая наука и образование. М.: МГППУ. 2006. № 2. С. 82-92.
2. Баенская Е.Р. Нарушения аффективного развития ребенка при формировании синдрома раннего детского аутизма // Дефектология. 2008. №4. С. 11-19.
3. Дети с синдромом Ретта / Под ред. М. С. Дименштейн: Пер. с франц. М.: Теревинф, 2009. 264 с.
4. Иванов Е. С. Аутизм или расстройства аутистического спектра? / Е.С. Иванов // Актуальные вопросы детской социальной и клинической психиатрии, психологии и психопрофилактики: Материалы научно-практической конференции / Под ред. Л. П. Рубиной, И. В. Макарова. СПб, 2002. С. 34-35.



5. Каган В. Е. Аутизм у детей / В. Е. Каган. Л.: Медицина, 1981. 208с.
6. Каган В. Е. Синдром аутизма у детей: автореф. дис... канд. мед. наук / Каган Виктор Ефимович. Л.: 1976. 24 с.
7. Клиническая психиатрия. Детский возраст: учебное пособие / Под. ред. Е. И. Скугаревской. Минск: Выш.шк, 2006. 463 с.
8. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. М.; СПб: Смысл, Речь, 2003. 408 с.
9. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте// Хрестоматия по возрастной психологии. Ч.1./ Ред.-сост. О.А. Карабанова, А.И. Подольский, Г.В. Бурменская. М.: Российское психологическое общество, 1999. 360 с.
10. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения // Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022.

**ПОТЕНЦИАЛ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ
ИНФОРМАЦИИ, РАСПРОСТРАНЯЕМОЙ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ:
В АСПЕКТЕ ФЕЙК-НОВОСТЕЙ**

Кильдюшов И. А.

Институт юстиции

ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия»

Минздрава России, Россия, г. Саратов

Научный руководитель – Домнина О. В.

Аннотация. В современном медиапространстве, в том числе социальных сетях, широкое распространение получил феномен фейковых новостей. В статье



путём анализа научной литературы исследуются механизмы распространения и причины эффективности психологического воздействия фейковых новостей на человека.

Ключевые слова: психологическое воздействие, фейковые новости, новости, социальные сети.

THE POTENTIAL OF THE PSYCHOLOGICAL IMPACT OF INFORMATION DISSEMINATED ON SOCIAL NETWORKS: IN THE ASPECT OF FAKE NEWS

Kildyushov I. A.

Institute of Justice

Saratov State Law Academy, Russia, Saratov

Scientific supervisor – Domnina O.V.

Abstract. The phenomenon of fake news has become widespread in the modern media space, including social networks. The article examines the mechanisms of dissemination and the reasons for the effectiveness of the psychological impact of fake news on a person by analyzing scientific literature.

Keywords: psychological impact, fake news, news, social networks.

С развитием технологий в нашей жизни начали появляться принципиально новые явления, и одним из них можно назвать социальные сети. Социальные сети - это интернет-площадки, которые дают зарегистрированным на них пользователям возможность поддерживать друг с другом связь, обмениваться информацией. Целями регистрации обыкновенно являются выражение убеждений и идей, построение взаимоотношений, обмен информацией, однако чаще всего – борьба со скукой. Социальные сети позволяют людям легко обмениваться идеями, общаться, обращаться за советом и давать рекомендации



[2, С. 148]. Однако, имеются и негативные последствия их влияния на нашу жизнь. Так, в ходе исследований было выявлено, что около 86% студентов и молодых людей более зависимы от социальных сетей, чем люди среднего или пожилого возраста [1, С. 83].

Зависимость ограничивает связи молодых людей с реальным миром, заменяя его виртуальным, ослепляет «идеальными картинками» чужих жизней, заставляя следить за ними вместо действительно важных вещей. Многие пользователи используют социальные сети для чтения новостей, доверяя при этом всей публикуемой информации. Именно поэтому особую опасность в социальных сетях представляет недавно получившее широкую известность явление fake news.

Fake news или фейковые новости (фейки) – это информационные мистификации, ошибочное или намеренное распространение частично или полностью не соответствующей действительности информации в любых видах СМИ: на телевидении, радио, в социальных сетях и прочих. Чаще всего распространение фейков имеет своей целью введение широких масс в заблуждение для того, чтобы получить финансовую или политическую выгоду.

Учитывая, что, как нами уже упоминалось выше, в связи с развитием интернет-технологий многие люди предпочитают получать информацию об окружающем мире и последних новостях посредством сети интернет, социальных сетей, опасность фейковых новостей сложно переоценить.

Стандарты журналистской этики предъявляют к информации, распространяемой СМИ, целый ряд требований. В первую очередь публикуемые сведения должны быть правдивыми и объективными. В современном обществе, где информация стала важнейшим инструментом, значение этих принципов очень велико. Однако, социальные сети – это совершенно иная среда. По сравнению с традиционными СМИ, в сети интернет отсутствуют строгие



требования к распространению информации. Любой пользователь может опубликовать практически что угодно, не заботясь о достоверности и не проверяя источники сведений. Даже популярные медиаперсоны, блогеры с миллионной аудиторией не отвечают за соответствие своих публикаций действительности [5, С. 760].

Проблема стоит наиболее остро, поскольку количество пользователей социальных сетей на данный момент огромно и неуклонно растёт с каждым годом. По состоянию на январь 2020 года активными пользователями социальных сетей были 3,8 млрд. человек, что на 9% выше, чем в 2019 году [3, С. 1].

Разумеется, возможности влияния на столь обширную аудиторию тщательно прорабатываются специалистами самых разных областей. Обыкновенно в социальных сетях используются методы психологического воздействия. Не всегда это связано с чем-то негативным, так, в России активно ведутся пропаганда здорового образа жизни и традиционных семейных ценностей, в том числе и в социальных сетях. Порой имеют место применение «вирусного маркетинга», использование социальных сетей в политической борьбе.

С помощью грамотно организованных пропагандистских и рекламных кампаний возможно изменять убеждения и поведение людей на те, которые требуются в данный момент. К примеру, улучшить отношение масс к конкретному политику или бренду, или наоборот настроить их против конкурента. Можно скорректировать поведение людей: побудить к совершению определённых действий или воздержанию от них.

Влиять на широкие массы могут, в том числе, и спонтанно возникшие процессы распространения информации в Сети. К таковым относятся, к примеру, интернет-мемы. Однако наибольшую эффективность несут целенаправленные



воздействия на аудиторию, в первую очередь за счёт своей спланированности и продуманности. Широкая популярность социальных сетей у пользователей интернета объясняет их востребованность в качестве канала психологического воздействия.

Как мы уже выяснили, социальные сети дают специалистам в области пропаганды широкий спектр возможностей влияния на аудиторию. Однако, наиболее популярным способом управления массами являются фейковые новости. К их применению прибегают столь часто, что каждый, даже далёкий от медиасферы человек непременно сталкивался с этим понятием. Рассмотрим, чем объясняется данное явление.

Во-первых, при создании фейковых новостей нет необходимости ориентироваться на критерий достоверности предоставляемой информации. Текст, изображения, видеозаписи в первую очередь необходимы для воздействия на аудиторию с конкретными целями. Цель – обыкновенно определённая модель поведения людей, в соответствии с которой они должны начать действовать после просмотра новости. В ситуациях, когда конкретная реакция общества необходима, а достоверный инфоповод, способный её спровоцировать, отсутствует, идеально подходит распространение недостоверной информации. Хотя предугадать реакцию людей на ту или иную новость не всегда легко, создатели фейковых новостей не ограничены рамками реально происходящих событий, что является их несомненным преимуществом.

Во-вторых, противодействие распространению недостоверной информации, особенно в сети, весьма затруднительно. Источником таких сведений, а также субъективного мнения автора относительно какой-либо проблемы могут быть как целые сайты, так и группы в социальных сетях, различные блоги. При этом скорость распространения фейков многократно превышает скорость официальных заявлений и опровержений. Это вызвано тем,



что авторы недостоверных публикаций не тратят времени на проверку информации. На скорость влияет ещё и то, что в сети Интернет поделиться новостью можно с помощью нажатия всего на одну кнопку. Кроме того, установление источника фейка зачастую представляется невозможным. Нередки случаи одновременной публикации ложных сведений на ресурсах с различной тематикой и объёмом охвата аудитории.

В-третьих, недостоверная информация может представляться не только в качестве новостей, но и в иных формах. Наиболее распространены в этом плане формы предостережений, комментариев или советов, в особенности сделанных от имени авторитетных лиц. Феномен особого доверия людей к мнению экспертов, даже если таковой их статус ничем не подтверждён, известен уже давно. К примеру, это широко используется в телевизионных рекламах. Так, в рекламе зубной пасты обыкновенно апеллируют к фразе «9 из 10 стоматологов рекомендуют наш продукт» и иным её вариациям со схожим смыслом.

В-четвёртых, формат «Fake news» позволяет сочетать правдивую и ложную информацию в одном сообщении. Обыкновенно это применяется в отношении особо важных и эмоционально значительных, при этом реально существующих инфоповодов. Примером может служить освещение в СМИ терактов, катастроф и иных трагедий. В данном случае сам факт произошедшего события будет являться правдивым, а сопутствующая ему информация, содержащаяся в новости, может быть ложной. Увидев достоверную часть информации, пользователь ресурса, её содержащего, не подвергнет сомнению фейк. Так, после катастрофы в торговом комплексе «Зимняя Вишня» в Кемерово во многих социальных сетях и мессенджерах распространялась информация, значительно завышающая количество погибших в результате этих событий. Приведённая ситуация и без того не располагает к размышлению о достоверности сведений в новостных статьях, в первую очередь люди, узнавшие



о ней, испытывали горе и страх. Завышенные данные о числе погибших усилили этот эффект [4, С. 17].

В-пятых, исследования в области психологии говорят о том, что, индивид склонен воспринимать в качестве правдоподобной информацию, которая попадает ему чаще. Этим феноменом обыкновенно пользуются при распространении фейковых новостей. Мы уже говорили о том, что они распространяются с огромной скоростью, порой одновременно публикуясь в нескольких источниках информации. За счёт этого всё информационное пространство вокруг одного человека оказывается заполненным недостоверными сведениями. Индивид склонен считать, что большое число людей не может одновременно заблуждаться, следовательно, распространяемая ими информация является правдой. Хотя это, разумеется, не так.

В-шестых, знания индивида могут сыграть с ним злую шутку при получении последующих сведений: та информация, которую он услышал первой и которая повторится большое число раз, скорее всего, будет воспринятой как истина [5, С. 760].

В науке существует теория «ментальных моделей», согласно которой человек не просто сохраняет поступающую к нему информацию об окружающем мире, но и строит на её основе устойчивую картину реальности. Новые же сведения включаются в уже существующую картину, преимущественно, если ей не противоречат, а также объясняются, исходя из уже имеющихся знаний.

Опасность этого явления в контексте фейковых новостей заключается в первую очередь в том, что недостоверная информация может стать неотъемлемой частью картины мира человека. В таких случаях убедить людей в том, что эти сведения были ложными, даже с представлением соответствующих доказательств в официальных СМИ оказывается непростой задачей.



Простого указания на то, что тот или иной факт не соответствует действительности, как правило, бывает недостаточно для того, чтобы человек изменил ментальную модель. Для её коррекции требуются как новые факты, так и обоснование необходимости исключения недостоверной информации из модели и замены её на достоверную. Однако даже в этом случае человек может остаться при своём, уже устоявшемся, мнении [3, С. 3]

Таким образом, переоценить опасность фейковых новостей, распространяемых через социальные сети, довольно сложно. Посредством этого явления представляется возможным воздействовать на широкие массы, влиять на их поведение. Фейковые новости искажают картину мира. Избавиться от их влияния, распознать фейк и защититься от психологического воздействия обычному неподготовленному человеку нелегко.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Ласала К.Б., Галигао Р.П., Бокекоса Дж.Ф. Психологическое воздействие сайтов социальных сетей // Психологическая теория. 2013. С. 81-86.

2. Акопов, Г.В., Глушкова, С.А. Социальные сети и их психологическое воздействие / Г.В. Акопов, С.А. Глушкова. Текст: непосредственный // Вестник науки. 2022. №6 (51). С. 148-155.

3. Занковский, А.Н., Латынов, В.В. Модель психологического воздействия в социальных сетях / А.Н. Занковский, В.В. Латынов. Текст: непосредственный // Электронный ресурс. Интернет-проект Киберпсихология. 2024. URL: <https://cyberpsy-ru.turbopages.org/turbo/cyberpsy.ru/s/articles/model-psihologicheskogo-vozdeystviya-v-socialnyh-setyah/> (дата обращения: 18.11.24).

4. Романов, А.А., Шабаев, В.В. «Fake news» в социальных сетях, блогах и мессенджерах как угроза информационной безопасности / А.А. Романов, В.В. Шабаев – Текст: непосредственный // Юрист-Правовед. 2020. №1 (92). С. 16-20.



5. Садчиков Д. И. Фейковые новости в социальных сетях: механизмы распространения и воздействия на аудиторию / Д. И. Садчиков // XXI Международная конференция памяти профессора Л. Н. Когана «Культура, личность, общество в современном мире: методология, опыт эмпирического исследования», 22-23 марта 2018 г., Екатеринбург. Екатеринбург: УрФУ, 2018.

**РАЗВИТИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ
У ДЕТЕЙ / ПОДРОСТКОВ СВЯЗАННЫЕ
С СУБКУЛЬТУРОЙ «КВАДРОБИКА»**

Киреев Д. О.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – Яковлев А. С.

Аннотация. В настоящее время субкультура квадроберов является распространенной проблемой РФ. С каждым месяцем количество детей и подростков увлекающихся квадробикой увеличивается от 100 до 1000 человек. В данной статье рассмотрена одна из основных проблем 2024 года, как популяризация квадробики в детском и подростковом возрасте влияет на психическое состояние и формирование личности.

Ключевые слова: квадробика, психическое состояние, социализация, фурри, териантропы, субкультура

**THE DEVELOPMENT OF MENTAL DISORDERS
IN CHILDREN/TEENAGERS ASSOCIATED WITH
THE QUADROBICA SUBCULTURE**

Kireev D. O.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo



Abstract. Currently, the quadrobber subculture is a common problem in the Russian Federation. Every month, the number of children and teenagers who are fond of quadrobing increases from 100 to 1000 people. This article examines one of the main problems of 2024, how the popularization of aerobics in childhood and adolescence affects the mental state and personality formation.

Keywords: Quadrobics, mental state, socialization, furry, therianthropes, subculture

«Квадробика» - это неофициальный вид спорта, при котором человек ходит, бегает и выполняет трюки на четвереньках, имитируя движения животных. Дети и подростки, участвующие в квадробике, погружаются в мир фантазии, где они могут быть любыми животными, придумывать себе истории и роли.

Новая субкультура набирает популярность среди детей и подростков, влияние квадробики может привести: к нарушению социализации, проявлению неконтролируемой агрессии, бессонницы, потери аппетита.

Распространенность «Квадробики» в РФ – примерно от 1000 до 10000 человек. В психиатрической практике субкультура «Квадробика» не является распространенной группой лиц с психическими отклонениями, так как отсутствует система по выявлению психических отклонений у детей и подростков, относящихся к данной субкультуре. Среди детей и подростков до 16 лет распространенность «Квадробики» составляет примерно 10%, и с течением времени она только увеличивается примерно на 1% с каждым последующим месяцем.

Классификация субкультуры «Квадробики»:

1) Квадроберы – дети / подростки, которые занимаются аэробикой, ходят на четвереньках, социализированы, без проявления агрессии к окружающим



2) Фурри – дети/подростки подражают антропоморфным животным надевают костюмы человекоподобных зверей и ходят на двух ногах.

3) Териантропы – дети /подростки ощущают в себе звериную душу и выпускают ее на волю, проявление звуков животных (воют, лают, шипят), неконтролируемой агрессии (кусаются), десоциализация (от лёгкой дезориентации в социальных ситуациях до полной потери связи с социальной средой)

Симптомы психических проявлений субкультуры «Квадробика» извращается, нарушается отражательная деятельность, что ведёт к нарушению познания. Она выражается в искаженном, неправильном, неадекватном восприятии и осмыслении объективной действительности, влечёт за собой неправильное поведение больного, затруднение приспособления к среде, в которых чаще всего и проявляется.

Цель исследования: изучить симптомы, причины и частоту развития психических отклонений у людей разного возраста, провести статистический анализ осведомленности людей о причине их психиатрической патологии, связанные с неадекватным восприятием и осмыслении объективной действительности поведение больного, а также методы их решения данной проблемы.

Объекты и методы исследования

Работа проведена на базе социальной сети ВК. В исследование включены 48 человек (40 детей (84,8%) и 8 подростков (15,2%) в возрасте от 5 до 17 и более лет). Использована анкета собственной разработки, состоящая из 6 вопросов: возраст, пол, сколько детей в вашей семье (включая вас), к какой субкультуре вы себя относите, почему вы начали заниматься Квадробикой (Териантропы, Фурри, Квадробер), каким животным вы себя ощущаете. Анкетирование и



статистическая обработка результатов проводилась с использованием Исследование квадробики/териантропии/фурри (google.com).

Результаты и обсуждение

В анкетировании приняли участие 48 человек, из которых 40 детей в возрасте от 5 до 13 лет составили 96,16% и 8 подростков от 13 до 17 лет - 3,84%.

Пол детей и подростков, участвующих в анкетировании из которых, большую часть занимает женский пол (84,8%) и лишь (15,2%) мужской.

Возраст детей участвующих в анкетировании: от 5 и до 10 лет (4,32%), от 11 до 15 лет (92,32%), от 16 и более (3,36%). Большинство детей и подростков являются не одними в семье (где 2 и более детей) – (77,8%).

По результатам анкетирования выявлено, что дети/подростки себя относят к разным типам «Квадробики» (Рис1)

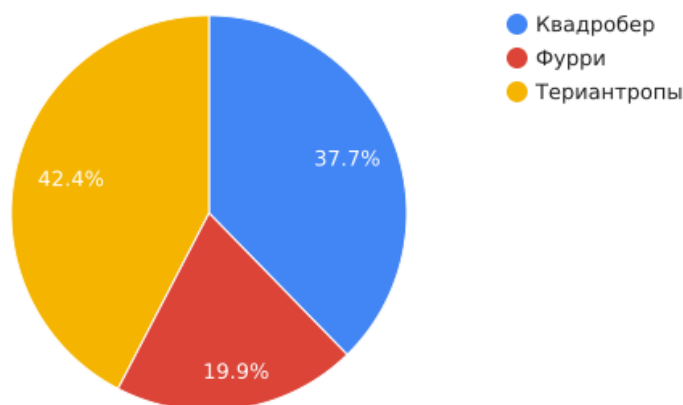


Рис.1. - Результаты анкетирования.

Участники опроса решили присоединиться к субкультуре, по причинам одиночества с целью поиска знакомых или друзей, что составило 25.3%, ради



поддержания своей физической формы - 42,1%. Анкетированные, которые считают себя животными - 22,4%, также несколько человек думают, что они люди и внутри них живет животное - 6,7%, просто нравится ходить на четвереньках и подражать животным - 3,5%.

Большинство опрошенных визуализируют себя как диких животных (76,7%) – лиса/волк, домашних животных (17,5%) – кот/собака и только (5,8%) считают себя человеком.

Начиная с середины октября 2024 года, начали активно обсуждать данную проблему на Государственном уровне, а также распространять информацию в СМИ и популярных социальных сетях (Вконтакте, TikTok, Telegram) предлагая введения штрафов, постановления на учет в полиции (административное нарушение), изъятие родительских прав у родителей детей/подростков, относящихся к субкультуре. Введения подобных ограничений может частично, но не полностью решить проблему.

К концу ноября 2024 г. не было принято ни одного закона/ограничения в сторону субкультуры, при его должной популяризации в социальных сетях.

Заключение

В заключение, можно сказать, что изучение квадробики является актуальным и перспективным направлением в психиатрии.

Субкультура «Квадробика» набирающая популярность среди детей и подростков, а именно виды: Териантропы и Фурри ведет к изменению общественного менталитета, искаженному, неправильному, неадекватному восприятию и осмыслению объективной действительности, влечёт за собой нарушение социализации, а также проявление необоснованной агрессии к окружающим, близким людям.



Квадроберы в свою очередь присоединились к данной субкультуре, по причине развития физических качеств, а также тренируя ум и улучшая координацию движений.

Субкультура «Квадробика» травмирует психику и может привести к трагическим последствиям.

Источники и литература / Sources and referens:

1. J. Kong, Y. Gu, L. Yu, «A survey of quadrotor unmanned aerial vehicles», Int. J. Control Autom. Syst., vol. 2, no. 1, pp. 1-15, 2017. [Online]. Available: <https://doi.org/10.1007/s11033-016-4099-9>.

2. N. Michael, A. J. Ma, R. Murray, «Improved quadrotor aerodynamics through experimental testing and parameter identification», AIAA Journal of Guidance, Control, and Dynamics, vol. 29, no. 5, pp. 1296-1307, 2010. [Online]. Available: <https://doi.org/10.2514/1.43044>.

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

4. Кармалитова Т.В. Аспекты здоровья детей раннего возраста // Т.В. Кармалитова, О.Б. Анфиногенова, Ф.Э. Салманова, О.В. Шмакова, Т.А. Коробка, О.М. Просветова / В книге: Актуальные проблемы педиатрии. Сборник материалов XII Конгресса педиатров России. 2008. С. 143.

5. Bunschaft E.M. Sociological research «Modern youth subcultures» [Текст] / Bunschaft E.M. // International scientific journal «BULLETIN OF SCIENCE». - 2024. - № № 11 (80) Vol. 2. - С. 970-975.



**ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
БЛИЗНЕЦОВ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ: ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННЫХ
И ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Кирпиченко В. В., Кирпиченко В. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к. ист. н., доцент Акименко Г.В.

Аннотация. В статье проводится анализ специфических аспектов развития и психического здоровья близнецов на ранних этапах жизни. На формирование и развитие близнецов оказывают воздействие генетические факторы, врождённые аномалии, гестационный возраст и масса тела при рождении, а также травмы, полученные в процессе родов. В раннем возрасте близнецы могут демонстрировать отставание в общем физическом, когнитивном и речевом развитии по сравнению с однояйцевыми близнецами. Это обстоятельство следует принимать во внимание при мониторинге потребностей детей в ранней помощи.

Ключевые слова: психологические особенности, сходства, различия, здоровье, отношение, «близнецовая ситуация».

**DEVELOPMENTAL CHARACTERISTICS AND MENTAL HEALTH
OF TWINS AT EARLY AGE: A REVIEW OF DOMESTIC
AND FOREIGN STUDIES**

Kirpichenko V. V., Kirpichenko V. V.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific Supervisor - Akimenko G. V.



Abstract. The article analyzes specific aspects of the development and mental health of twins in early life. The formation and development of twins is influenced by genetic factors, congenital anomalies, gestational age and birth weight, as well as birth injuries. In early life, twins may demonstrate a lag in general physical, cognitive and speech development compared to identical twins. This circumstance should be taken into account when monitoring the needs of children for early assistance.

Keywords: psychological features, similarities, differences, health, attitude, «twin situation».

Введение

Феномен близнецовости интересовал исследователей с древних времен, так как во все времена рождение близнецов было необычным явлением. Феномен близнецов, прежде чем им занялась наука, был предметом изучения самых разных жанров фольклора - мифов, сказок, легенд, песен, баллад и прочих видов устного народного творчества.

Главная особенность близнецов не только в том, что они имеют 100 или 50 % общих генов, но и в том, что подобное сходство способствует их специфическому развитию [1].

Актуальность и цель. Вследствие увеличения частоты рождаемости близнецов, а также наличия высокого риска отставания общего физического, когнитивного и психоречевого развития двойни раннего возраста, актуализируется проблема поиска факторов, влияющих на психическое здоровье и траекторию развития детей.

Предмет исследования - особенности развития психики и формирования личности детей в близнецовой паре.

Методы и методики. Проведен обзор и анализ материалов современных отечественных и зарубежных исследований.



Сросшиеся (сиамские) и неравноценные близнецы - это два разных типа близнецов, которые могут быть как монозиготными, так и дизиготными. Монозиготные близнецы происходят из одной зиготы и имеют одинаковый генетический набор, что определяет их внешнюю схожесть.

Сросшиеся близнецы могут быть как однополыми, так и разнополыми, и иметь одинаковые или различные группы крови. Кроме того, у развивающихся зародышей близнецов не всегда обнаруживается одинаковое строение эмбриональных оболочек, что дает возможность высказать мысль о существовании не одного, а двух типов близнецов. В процессе внутриутробного развития питаются каждый через свою плаценту с развитой сетью сосудов (то есть обязательно столько плацент, сколько развивается зародышей).

Однояйцевые и однояйцевые близнецы генетически идентичны. Двуйайцевые (дизиготные) близнецы с точки зрения генетики - обычные братья и сестры. Они появляются, когда яйцеклетка на ранних стадиях развития эмбриона по неизвестным причинам расщепляется на две равные части, у них идентичный набор генов, одинаковые группы крови, и они очень похожи внешне.

В отличие от дизиготных, монозиготные близнецы рождаются одинаково часто во всех народностях и возрастных группах. Также существуют и другие их виды, такие как сросшиеся и неоднородные близнецы, которые возникают в результате атипического деления с образованием двух или трех зародышей. Эти виды близнецов называются сросшимися и неравноценными. Неравноценные близнецы - это два разных зародыша от одной беременности, из которых полностью сформировался только один. У другого зародыша наблюдаются те или иные дефекты развития, например, недоразвитие сердца или легких.

Рождение неравноценных близнецов - редкое явление и составляет лишь около 2% многоплодных родов. В настоящее время в среднем на каждые 100 родов в мире приходится рождение одной близнецовой пары.



Дети-близнецы рождаются очень разными, с определенными индивидуальными особенностями в строении и функционировании организма и отдельных его систем. Как правило, беременность близнецами протекает тяжелее, женщина чаще испытывает токсикоз, страдает от гипертонии. Близнецовые беременности короче беременностей одним ребенком, близнецы часто рождаются недоношенными и менее зрелыми. Кроме того, сами роды зачастую проходят с осложнениями. Из-за всего этого дети могут отставать в развитии от своих сверстников. Они позже начинают держать голову, сидеть, ходить. В раннем детстве болеют чаще и поэтому оказываются физически более слабыми. Отставание близнецов проявляется не только в физической, но и в умственной сфере. Так, они позже начинают говорить, часто имеют более низкие интеллектуальные показатели. Дефицит веса при рождении у более легкого близнеца часто более низкий коэффициент интеллекта. Конечно, последствия сложного внутриутробного развития сглаживаются на протяжении раннего детства. У многих близнецов к началу школьного возраста они пропадают совсем, но у некоторых остаются. Жизнь близнецов от жизни одиночнорожденных детей отличается тем, что два ребенка находятся на одной стадии физического и психического развития, постоянно общаются друг с другом, имеют практически идентичный жизненный опыт - это, прежде всего, уникальная социальная ситуация.

Психическое развитие близнецов зависит от двух основных факторов: отношения окружающих и взаимодействия между ними. Окружающие акцентируют сходство близнецов и стремятся к их индивидуализации. Взаимодействие близнецов влияет на их самосознание и формирует отношения «лидер - ведомый», причем доминирование может различаться между монозиготными и дизиготными близнецами. У монозиготных наблюдается чередующаяся доминантность, в то время как у дизиготных - постоянное



доминирование. Влияние факторов, таких как физические условия и школьная успеваемость, различается для разных типов близнецов.

Генетические различия проявляются в аффективных установках, и воспитание не изменяет глубинные черты, такие как темперамент. Проблема лидерства возникает с раннего возраста, когда один близнец может быть более активным. Развитие близнецов может зависеть от их пола, особенно в различных ситуациях. Близнецы могут иметь разные психологические типы: «тесно связанные», «в меру зависимые» или «крайние индивидуалисты». Близнецы имеют сильную взаимозависимость и схожие интересы, но необходима индивидуализация в их воспитании. Тесная взаимозависимость близнецов может привести к формированию уникального типа общения, где они становятся не только братьями или сестрами, но и лучшими друзьями. Однако высокая степень зависимости может затруднить их способность к независимому мышлению и принятию решений. Важно, чтобы родители и воспитатели осознавали необходимость создания условий для самовыражения каждого из близнецов, позволяя им развивать собственные интересы и хобби. Это поможет избежать конкуренции между ними и снизит вероятность возникновения чувства ревности.

Дизиготные близнецы, имея более выраженные индивидуальные черты, часто лучше справляются с заданиями, требующими самостоятельности. Их осознание уникальности может сформироваться благодаря различиям в воспитании и социальном окружении. Важно понимать, что вне зависимости от типа близнецов, взаимодействие с окружающими людьми играет ключевую роль в формировании их личностей [5].

В школе близнецы могут сталкиваться с различными проблемами, начиная от требования выделять их индивидуально до необходимости работать в одной команде. Поддержка со стороны учителей и одноклассников может значительно



помочь в этом процессе, способствуя формированию здорового соперничества и стимулированию личностного роста каждого из них.

Минусы воспитания близнецов включают в себя возможную зависимость друг от друга, что может затруднить их взаимодействие с другими сверстниками и отношения с родителями. Близнецы могут искать утешение в общении друг с другом в трудные времена, что нарушает семейное равновесие. Родители могут неосознанно способствовать созданию противостояния, выбирая «своего» ребенка, что может угрожать их союзу. Важно подчеркивать индивидуальность каждого близнеца через частое обращение к ним по отдельности, прекращение привычки перебивать друг друга, давать задания для индивидуального выполнения и поощрять дружбу с другими детьми.

Отношения между близнецами могут быть соревновательными, когда один стремится превзойти другого, или наоборот, один из них может намеренно вести себя плохо, если второй успешен. В контексте школы важны усилия родителей и учителей для создания гармонии в отношениях. «В меру зависимые» близнецы демонстрируют наиболее гармоничный союз, хорошо поддерживают друг друга и могут самостоятельно адаптироваться в коллективе.

Жизнь близнецов уникальна благодаря их идентичному физическому и умственному развитию, постоянному общению и схожему опыту. Эта «близнецовая ситуация» играет решающую роль в их эмоциональном, когнитивном и социальном развитии. У близнецов часто наблюдается задержка в развитии речи, и они могут использовать уникальный язык, известный как криптофазия [4].

Они также склонны оставаться близкими и взаимозависимыми, что может привести к проблемам в социальной адаптации и обучении. В школьном возрасте близнецы могут испытывать трудности с обретением психологической и физической самостоятельности, у них может снизиться успеваемость. В



подростковом возрасте они могут испытывать трудности с самореализацией и индивидуализацией, пытаясь отличить себя друг от друга. У монозиготных близнецов, в частности, может быть сильно развита взаимная идентификация, что может повлиять на их интеллектуальное развитие. Уникальные характеристики близнецов, в том числе «близнецовая реакция», могут влиять на формирование самосознания и высших психических функций у близнецов.

Действие «реакции близнецовости» сказывается в первую очередь на формировании самосознания близнецов и определяемых им психических черт. Этот факт связан с тем, что основной проблемой при становлении самосознания и проявления высших психических функций у близнецов является преодоление их связи друг с другом. Им нужно пройти через отделение образа «Я» от образа «Мы», который первоначально формируется у близнецов под влиянием отношения окружающих к ним как к паре, а также под воздействием абсолютного сходства внешнего облика монозиготных близнецов.

Несмотря на существующие риски и сложности, особенности «близнецовой» ситуации в основном благотворно влияют на психологическое развитие близнецов. Здесь важно не допустить, чтобы дети теряли свою личность и растворялись друг в друге, у каждого из них должно быть свое мировосприятие. Многое зависит от того, какую позицию в воспитании близнецов займут родители. Самое главное для них осознавать, что каждый из близнецов - отдельная личность, что, не смотря на огромную психологическую близость у каждого есть и должно сохраняться свое собственное «Я».

Официально утвержденных норм развития речи ни у одиночно рожденных детей, ни у двойняшек не существует. Однако многочисленные исследования показали, что в отличие от детей, родившихся по одиночке, большой процент близнецовых пар свои первые слова произносят только примерно к полутора



годам [3]. При этом они понимают обращенную к ним речь, знают названия некоторых предметов и могут узнавать их на изображениях.

К двум годам близнецы могут конструировать предложения, состоящие из двух-трех слов, среди которых все чаще проскальзывают прилагательные и глаголы. Общий словарный запас расширяется примерно до пятидесяти слов, в речи начинают активно использоваться местоимения.

Ближе к трем годам двойняшки осваивают более сложные конструкции фраз, начинают применять в разговоре множественное число, понимают, о чем рассказывается в коротких сказках и детских рассказах.

Основные причины, которые могут негативно сказаться на здоровье и развитии близнецов, включают в себя различные генетические особенности, нарушения или задержки внутриутробного развития, гестационный возраст и вес при рождении, травмы, полученные во время родов, а также общее физическое состояние детей в первые месяцы жизни.

Особенно подвержены риску возникновения проблем со здоровьем и развитием те близнецы, которые родились вторыми. Их вес при рождении может быть ниже, а вероятность получения травм в процессе родов – выше [2].

Развитие близнецов и их психическое здоровье во многом зависят от условий, в которых они растут в первые годы жизни, а также от особенностей их функционирования. В этот период показатели психомоторного и когнитивного развития близнецов находятся на нижней границе возрастной нормы, при этом наибольшая задержка наблюдается в развитии речи.

Криптофазия - так называется способ донесения информации друг до друга в паре близнецов. При этом способе коммуникации дети используют вербальные и невербальные каналы, прекрасно понимая друг друга.

Еще одной особенностью «тайного языка» близнецов является подражание и перенимание друг у друга новеньких словечек, конечно же, в



искаженном виде. В одних парах подражание распространяется всего лишь на несколько слов, а в других охватывает весь словарь, включая грамматические и синтаксические формы. При этом родители и ближайшее окружение понимают, о чем говорят малыши, и даже принимают активное участие в коммуникативном процессе.

Считается, что фонематический слух двойняшек развивается позже, чем у одиночно рожденных детей. Кроме этого, тонус артикуляционного аппарата находится в неравномерном состоянии, а мышцы, ответственные за артикуляцию, работают несогласованно. Поэтому для близнецов характерно своеобразное восприятие и произношение слов, в связи с чем вплоть до среднего школьного возраста у двойняшек может наблюдаться особенная артикуляция. Но в большинстве случаев к школьному возрасту развитие речи близнецов достигает нормальных показателей.

Сложность коррекционной работы заключается в том, что и сама близнецовая пара, и их ближайшее окружение адаптированы к искаженному произношению, поэтому часто ни сами двойняшки, ни их родители не проявляют особого желания устранять артикуляционные нарушения.

Заключение

Близнецы - это дети, родившиеся в результате одной беременности. Они бывают однойяйцовые и разнояйцовые, в зависимости от того, развились они из одной яйцеклетки или из разных. Первых также называют монозиготными, вторых - дизиготными близнецами, а также двойняшками, тройняшками и т.д., в зависимости от их количества. Различия близнецов в основном определяются тремя факторами: качеством кровоснабжения во внутриутробном периоде, весе при рождении и порядке рождения. Исследование индивидуального пути развития каждого ребёнка из двойни требует учёта различий между близнецами.



Развитие близнецов в первые годы жизни определяется их физическим состоянием, методами ухода и воспитания, взаимодействием с матерью как основным опекуном, а также окружающей средой и условиями обучения. Эти аспекты необходимо принимать во внимание при оценке потребности детей в ранней помощи. Перспективным направлением исследований может стать изучение особенностей когнитивного, двигательного, речевого и социально-эмоционального развития близнецов, один или оба из которых имеют проблемы в развитии.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Beer, Israel C., Johnson S. et al. Twin birth: An additional risk factor for poorer quality maternal interactions with very preterm infants? // *Early Human Development*. 2013. Vol. 89. № 8. Pp. 555-559. DOI:10.1016/j.earlhumdev.2013.02.006
2. Cheesman , Selzam S., Ronald A. et al. Childhood behaviour problems show the greatest gap between DNA-based and twin heritability // *Translational Psychiatry*. 2017. Vol. 7. № 12. Article № 1284. 9 p. DOI:10.1038/s41398-017- 0046-x
3. Choi E.S., Jung Y.M., Cho K.D. et al. Long-term adverse neurodevelopmental outcomes of discordant twins delivered at term: A nationwide population-based study // *BJOG: An International Journal of Obstetrics and 2023*. Vol. 130. № 11. Pp. 1370-1378. DOI:10.1111/1471-0528.17494
4. Christensen R., Chau V., Synnes A. et al. Longitudinal neurodevelopmental outcomes in preterm twins // *Pediatric* 2021. Vol. 90. № 3. Pp. 593—599. DOI:10.1038/s41390-020-0840-7
5. Colvert, Simonoff E., Capp S.J. et al. Autism Spectrum Disorder and Mental Health Problems: Patterns of Difficulties and Longitudinal Trajectories in a



Population-Based Twin Sample // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2022. Vol. 52. № 3. Pp. 1077-1091. DOI:10.1007/s10803-021-05006-8

6. Constantino J.N., Kennon-McGill S., Weichselbaum C. et al. Infant viewing of social scenes is under genetic control and is atypical in autism // Nature. 2017. Vol. 547. № 7663. Pp. 340-344. DOI:10.1038/nature22999

**ПРОГРАММА «ОБУЧЕНИЕ СЛУЖЕНИЕМ» КАК НОВЫЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ
СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ
В ПРИЗМЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Ковалева Д. В.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Ростов-на-Дону

Научный руководитель –

канд. психол. наук, доцент Эпова Н. П.

Аннотация. В данной статье представлено осмысление образовательного подхода «Обучение служением» на основании идей представителей американской школы функционализма в психологии и социологии. Приводятся результаты изучения отношения студентов вуза к введению программы «Обучение служением».

Ключевые слова: функциональная психология, обучение служением, Джон Дьюи, Уильям Джеймс, Толкотт Парсонс



**THE PROGRAM «LEARNING BY SERVICE» AS A NEW
EDUCATIONAL APPROACH TO THE FORMATION OF SOCIALLY
SIGNIFICANT PERSONALITY QUALITIES IN
THE PRISM OF FUNCTIONAL PSYCHOLOGY**

Kovaleva D.V.

Department of Pedagogy

Rostov State Medical University, Russia, Rostov-on-Don

Scientific supervisor – Epova N. P.

Abstract. This article presents an understanding of the educational approach «Teaching by service» based on the ideas of representatives of the American school of functionalism in psychology and sociology. The results of studying the attitude of university students to the introduction of the program «Teaching by ministry» are presented.

Keywords: Functional Psychology, Ministry Training, John Dewey, William James, Talcott Parsons.

Введение

Проблема качества применения полученного образования всегда была неразрывно связана с мировоззрением и ценностями как отдельно взятой личности, так и коллектива.

Актуальность работы заключается в объяснении взаимосвязи применения новой образовательной методики «Обучение служением» с последующей личностно-профессиональной реализацией студентов как специалистов на основе идей функциональной психологии.

«Обучение служением» - это образовательный подход, при котором студенты обучаются и одновременно приносят пользу обществу, применяя свои профессиональные навыки для решения реальных социальных задач.



Реализация программы «Обучение служением» осуществляется согласно поручению Президента России от 29 января 2023 г. № Пр-173ГС п.8. («Минобрнауки России совместно с Минтрудом России, Росмолодежью и Ассоциаций волонтерских центров разработать и включить в образовательные программы высшего образования курс (модуль) «Обучение служением») [1].

Программа «Обучение служением» реализуется по поручению Президента Российской Федерации по итогам заседания Государственного совета по молодежной политике и соответствует Указу от 7 мая 2024 года №309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года». Данный Указ определяет реализацию потенциала каждого человека, воспитание патриотичной и социально ответственной личности как национальную цель развития.

В настоящее время отечественные исследователи изучают внедрение нового образовательного подхода. Так, например, В.С. Никольский установил, что термин «обучение служением» используется в отечественной педагогике уже более десяти лет. С.И. Самыгин рассматривает помогающее поведение, которое не предусматривает внешних вознаграждений, а имеет своей целью пользу для других и включает такие действия, как – делить, дарить, помогать, подбадривать. М.И. Ясин разработал методику измерения альтруистических установок.

Следует отметить, что образовательная методика «Обучение служением» или Service Learning имеет длительную историю. В разные годы идею разрабатывали Томас Мор, Франсуа Рабле, Ян Коменский, Жан-Жак Руссо, Джон Локк, Уильям Джеймс, Джон Дьюи. Методика «Обучение служением» апробировалась в США в конце 1960-х годов.

Объекты и методы исследования

Изучение результатов внедрения образовательного подхода в контексте Федеральной программы «Обучение служением» является новой научной



проблемой, отражающей вопросы возрастной психологии, психологии профессионального самоопределения и развития. В основу исследования положено предположение о том, что студенты, приступившие к изучению факультативного курса «Обучение служением», получают возможность развития социально-значимых личностных качеств, мировоззренческих позиций, профессиональных практических навыков и умений.

Теоретической основой исследования являются социокультурный, инструментальный, компетентностный подходы, а также функциональный.

Объектом исследования являются студенты РостГМУ, у которых в настоящее время преподается дисциплина «Обучение служением». В качестве методов были задействованы общелогические методы (анализ, синтез, обобщение), анализ теоретических источников, анкетирование, статистический и количественный анализ данных.

Результаты исследования и их обсуждение

Обратимся к психологическим подходам, лежащим в основе обсуждаемых идей обучения служением, а именно к функциональному. Под функциональным подходом в психологии понимается - направление в психологии, которое рассматривает психическую жизнь и поведение человека с точки зрения его активной и целеустремлённой адаптации к условиям окружающей среды [2].

На основании ряда особенностей в направлении функционализма различают две ветви: европейскую и американскую; вторую иногда упоминают под термином «функционализм».

Теория функционализма рассматривает методы, которыми стандартизированное государством образование служит общественным потребностям. Сторонники данной школы подчеркивали важность преемственности от поколения к поколению в процессе образования. Эмиль



Дюркгейм (основатель теории функционализма) определил скрытую роль образования как одного из способов социализации людей в русле общества [3].

Функционалисты указывают не только на передачу ценностей, но и на участие в этом социального контроля наряду с сортировкой — разделении учащихся на основе их заслуг. Потребности общества требуют, чтобы самые способные люди направлялись в самые важные профессии [4].

Уильям Джеймс, основоположник функционализма в психологии, считал предметом исследования функции сознания в поведении, помогающие адаптироваться к окружающей среде, что было отличным от мнения структуралистов. Человек, будучи сознательным субъектом, во время совершения поступков реализует факт волеизъявления - оказание на реальность собственного целенаправленного действия. Действие или его отсутствие сопряжено с выбором. По Джеймсу, делая выбор, люди основываются на разном опыте. Он, опыт, исходит из выводов собственного прошлого или наблюдений за другими [5]. Джеймс считал, что люди на основе опыта могут судить о моральном одобрении или неодобрении, и если этого нет, то это означает, что наша воля predetermined. Потому что не было бы условных вариантов «хорошего» и «плохого». В модели свободы воли Джеймса выбор «вытекает из характера, ценностей и особенно чувств и желаний человека в момент принятия решения» [5].

Таким образом, Уильям Джеймс выделял ключевыми факторами для личности в принятии решения наличие социально значимого опыта, реализуемого на практике, и наличие моральных ориентиров, позволяющих человеку делать полноценный выбор.

Образовательная программа «Обучение служением» направлена на то, чтобы студент, добровольно выбирая активность, созвучную своим внутренним установкам, смог получать необходимый для дальнейшей профессиональной



деятельности социально-значимый опыт. Также в ходе реализации своей общественно-полезной активности студент получает поощрительные или неодобрительные санкции за выполнение или невыполнение поставленных задач, что оказывает влияние на его систему ценностей и мировоззрение.

Другой важной задачей программы «Обучение служением» является интеграция студента в социум через участие в общественно-полезных мероприятиях. Социолог, последователь школы функционализма, Толкотт Парсонс считал, что этот процесс охватывает всю жизнь человека. Нормы и ценности, которые формируются в детстве, обычно имеют обобщенный характер и не всегда помогают справляться с разнообразными ситуациями, возникающими во взрослой жизни. Поэтому возникает необходимость в приобретении более специфического опыта. Тем не менее, усвоенные в детстве ценности и нормы зачастую остаются неизменными и продолжают оказывать влияние на протяжении всей жизни. Согласно Парсонсу, социальная система должна предоставлять широкий спектр ролевых возможностей, чтобы люди могли реализовать себя, не нарушая ее целостности и вторично проявлять общественный контроль.

«Обучение служением» предоставляет студентам возможность получить тот самый «более специфический опыт», давая возможность проявить себя в деятельности, наиболее близкой по функционалу к будущей профессии (волонтерство, если это медицина, и наставничество – если это преподавательская деятельность). Таким образом, наличие разных вариантов активности во время обучения свидетельствует об индивидуальном подходе к каждому студенту, в то же время, осуществляя контроль через агентов социализации, которыми могут выступать, к примеру, кураторы.

Другим исследователем, социологом и педагогом, исследующим проблему усвоения социально-значимого опыта и его применения, был Джон Дьюи.



Исследователь считал, что человеку важно помогать использовать жизненный опыт для движения к поставленным целям и их достижения. Однако главная задача заключается не просто в том, чтобы успешно достигать конкретных целей, а в преобразовании самого опыта, направленном на его постоянное совершенствование во всех аспектах человеческой жизни. Ученый выделял три ключевых способа улучшения опыта: социальная реконструкция, применение научных методов, а также развитие мышления. Под социальной реконструкцией подразумевается улучшение самого общества, так как значительная часть опыта формируется в социуме.

Рассматривая общественный и личный опыт, Дьюи неизбежно поднимал вопрос благ и их влияния на человека. Блага, такие как здоровье, богатство, дружба, образование и справедливость, он считал основополагающими. Однако Дьюи подчеркивал, что люди стремятся не столько к самим благам, сколько к их объему. Достижение благ изменяет качество жизненного опыта, а сам процесс этого роста он определял как главную моральную цель.

Основным инструментом социальной реконструкции Дьюи считал применение научных методов и технологий, особенно в области образования и морали. Он разработал теорию научного метода, которая, по его мнению, была ключом к успешной деятельности и решению проблем. Познание, по Дьюи, меняет не только объект исследования, но и само качество существования этого объекта. Следует подчеркнуть, что Дьюи в 1928 году высказывал мнение о том, что «советская система образования базируется на методе проектов, в основе которого лежит идея общественно полезного труда как критерия их ценности».

Последователи Дьюи, такие как Е. Паркхерст, У.Х. Килпатрик и Е. Коллингс, считали, что забота о здоровье, отдыхе и будущей карьере человека с детства может позитивно повлиять на его жизнь. Дьюи подчеркивал, что основой педагогики должен быть жизненно проверенный метод, где истинным



признается то, что приносит пользу. Личный опыт, накопленный студентом, способствует развитию его личности. Итогом обучения, по мнению Дьюи, должна стать способность к самообучению, умение решать жизненные задачи, творческое развитие, накопление знаний и совершенствование навыков. Важным также является формирование вкуса к самосовершенствованию и непрерывному обучению.

Программа «Обучение служением» со времен обучения в вузе дает молодым людям возможность получить тот самый «истинный», полезный опыт, получить практическую реализацию своих навыков, развить задатки, таким образом, положительно влияя на социальную реконструкцию. Также обучающиеся получают мотивацию к достижению не только материальных благ, развивают нацеленность на достижение практического результата.

Представим некоторые результаты анкетирования студентов 1-х и 2-х курсов лечебно-профилактического, стоматологического и педиатрического факультетов РостГМУ с целью изучения восприятия факультативного курса «Обучение служением», выявления мотивации к социально-общественной деятельности.

Исследование проводилось после изучения десятой темы курса. Всего учебная программа факультативного курса рассчитана на 32 занятия. В исследовании приняло участие 445 студентов. Среди респондентов 116 чел. – юноши, 329 чел. – девушки; это 114 чел. – студенты первого курса; 318 чел. – студенты второго курса; 13 чел. – студенты третьего курса. Студенты отвечали на 12 вопросов с выбором оценки по 5-ти балльной шкале (1 – совсем незначительно, 5 – в полной мере).

Среди вопросов подготовленной нами анкеты были следующие: «Насколько информация в составе курса «Обучение служением» дает полное понимание, как можно реализовать себя в социально-полезной деятельности и



получить значимый опыт?», «Верно ли, что материальные блага одинаково важны для личности, как этические?», «Что могло бы стать причиной вашего участия в добровольческой деятельности?», «Какую дополнительную поддержку или ресурсы вы можете запросить для вашего дальнейшего развития?».

На рисунках 1, 2, 3 представлены результаты изучения отношения студентов к факультативному курсу «Обучение служением». Так, на первый вопрос «Оцените, насколько информация в составе курса «Обучение служением», дает полное понимание, как можно реализовать себя в социально-полезной деятельности и приобрести значимый опыт?» 191 студент (это 43%) ответил: «в полной мере» (рис.1).

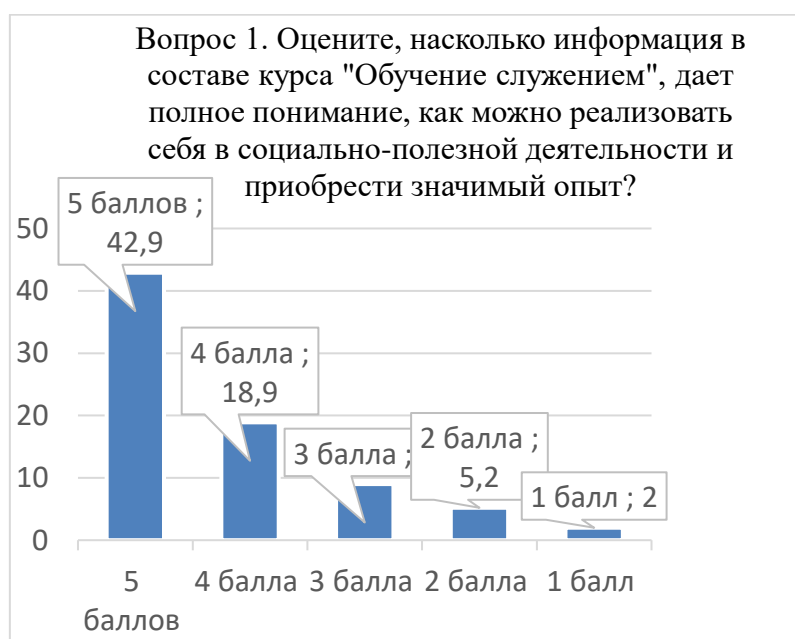


Рис. 1. -

На второй вопрос «Насколько для вас важно иметь возможность проявить себя в данных видах социальной активности и получить опыт?» 57% участников ответили: «в полной мере» (рис. 2).



Рис. 2.

На третий вопрос «Важен ли для Вас принцип добровольного выбора социальной деятельности и участия в ней?» 70% студентов (это 313 человек) ответили «в полной мере» и только 2,5% (это 11 человек) считают, что для них такой принцип не важен.

Мы установили, что студенты как первого, так и второго курсов всех факультетов считают, что накопление социального опыта носит воспитательный характер. Также первокурсники и второкурсники одинаково считают, что программа «Обучение служением» поможет найти пути профессиональной самореализации.

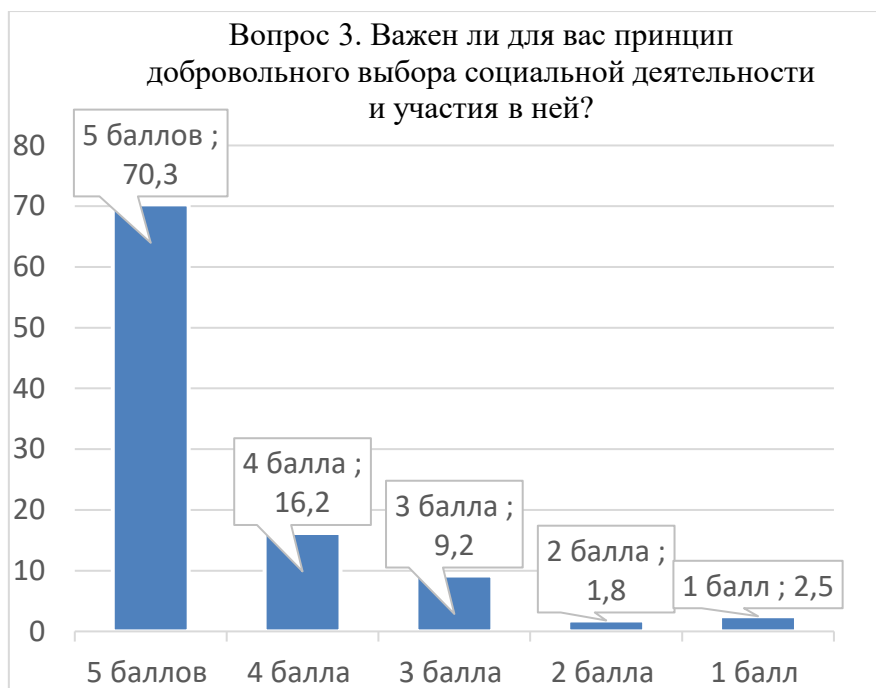


Рис. 3.

Ниже, на тепловой карте представлены ответы респондентов на первый вопрос:

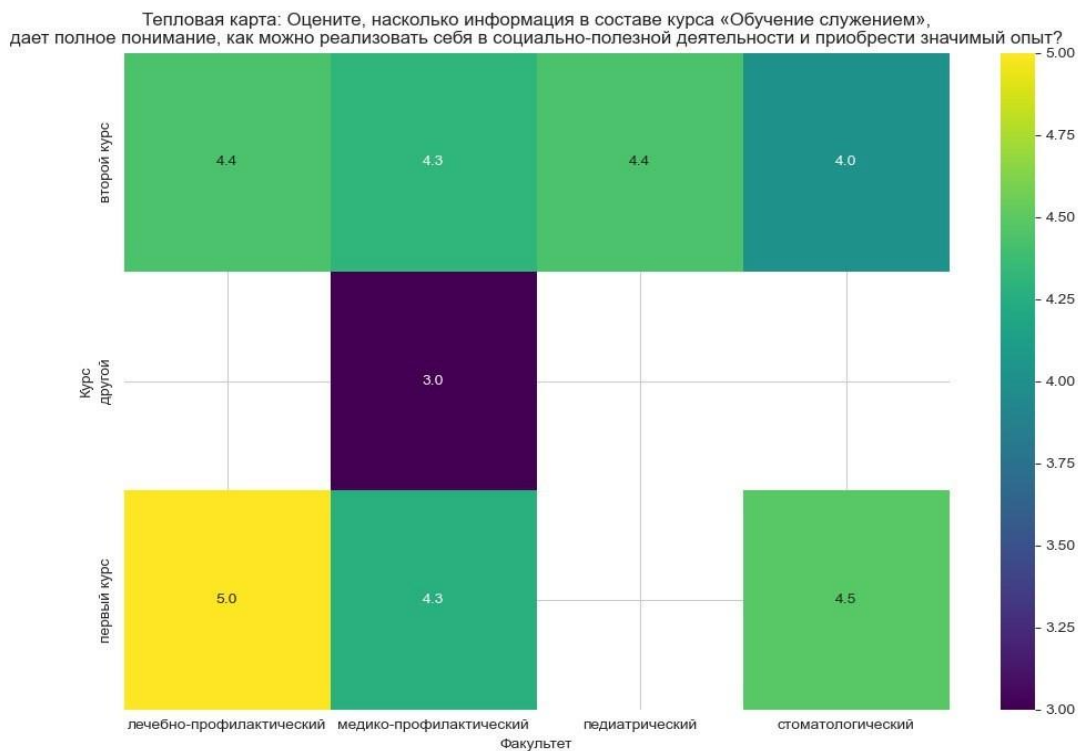


Рис. 4.– Распределение ответов на вопрос 1.



Как можно увидеть, в среднем наиболее высокую оценку в ответе на этот вопрос оставили представители первого курса лечебно-профилактического и стоматологического факультетов. Интересно отметить, что представители этих же факультетов, но на курс старше, в среднем указывают более низкую оценку, отвечая на данный вопрос.

Обратимся к тепловой карте, показывающей распределение среднего балла ответов на вопрос о том, одинакова ли важность моральных и этических благ для личности. Как можно увидеть, с большей долей уверенности положительно на этот вопрос отвечают представители первого курса лечебно-профилактического факультета. Средняя оценка была равна 5.

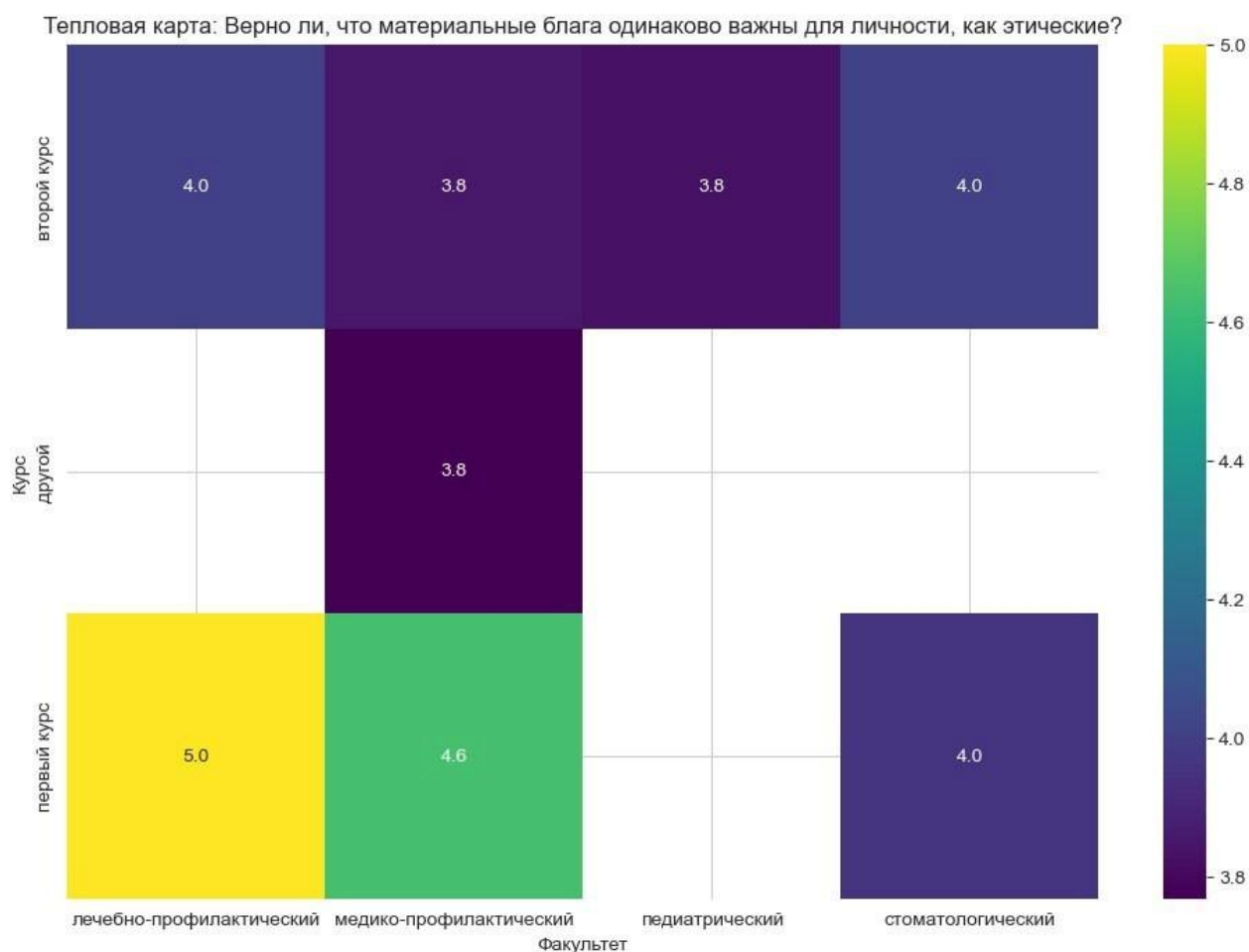


Рис. 5. – Распределение ответов на вопрос 2.



Сомневаются в релевантности этого утверждения представители второго курса медико-профилактического и педиатрического факультета. Средняя оценка в этих группах респондентов составила 3,8.

Также был задан вопрос о том, что могло бы стать причиной вашего участия в добровольческой деятельности. Ответы на этот вопрос были проанализированы с помощью модели машинного обучения (NLP), что позволило вычлнить основные темы и ключевые слова, которые указывали в большинстве своем респонденты в вопросах, где предполагался развернутый ответ. Итак, среди подобных причин студенты указывали в первую очередь (в 88,7% случаев) следующие: личная мотивация, интерес, желание помочь людям.

На наш взгляд, важно проанализировать также развернутый вопрос о том, какую дополнительную поддержку или ресурсы студенты могут запросить для своего дальнейшего развития. В 68% случаев указывались следующие виды поддержки: моральная поддержка, финансы, различная помощь от университета, мотивация от преподавателя.

Проанализировав ряд исследований функционального подхода в психологии, ознакомившись с образовательной концепцией «Обучение служением», а также проведя исследование среди студентов РостГМУ, изучающих факультативный курс «Обучение служением», можно сделать вывод о том, что на основании части идей, выдвинутых учеными, новая обучающая программа способна дать студентам: социально-значимый полезный опыт, нацеленность на практический результат, осознанность, воспитание и морально-нравственные ориентиры.

Таким образом, новые учебные программы, которые сочетают в себе изучение теоретических знаний по вопросам истории возникновения обучения служением, моделям обучения служением, особенностям организации



социально-значимой деятельности в вузе, о формах и вариантах волонтерских возможностей оказывают влияние на формирование взглядов и позиций студентов. При этом важно сохранение свободы выбора в участии за студентом, поскольку только от осознанной и мотивированной деятельности будет извлечен полезный опыт для самой личности и будущих поколений. На чем должен базироваться эффективный психолого-педагогический подход, способный донести до студента важность участия в социально-полезной деятельности в рамках «Обучение служением»? Этот вопрос остается актуальным для дальнейших научных исследований по данной проблематике.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Поручение Президента России от 29 января 2023 г. № Пр-173ГС п.8.
Источник: <http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/70421>
2. Калкинс М.У. Примирение структурной и функциональной психологии. Классика в истории психологии. Источник: <https://psychclassics.yorku.ca/Calkins/reconciliation.htm>.
3. Вороненко А.И. Эмиль Дюркгейм как основоположник социологии образования // ВЕСНИК МВУ імя А.А. Куляшова. 2019. № 2 (54). С.80-85
4. Яковлева Л.А. Теории образования. Теория функционализма: зарубежный опыт // Psychology and pedagogy of service activities. 2019. №2. С. 88-90
5. Тарасова О. Л. К вопросу о преемственности в преподавании фундаментальных и клинических дисциплин при формировании компетенций будущего врача // О.Л. Тарасова, Л.Н. Игишева, О.В. Шмакова / Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения. сборник материалов XIV научно-методической конференции с международным участием. 2022. С. 137-143.



**ВЛИЯНИЕ СИМПТОМОВ
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА
НА ПОВСЕДНЕВНУЮ ЖИЗНЬ СТУДЕНТОВ**

Комарчук А. С., Иванов В. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Республика Беларусь, г. Гомель

Научные руководители - Сквиря И. М., Абрамов Б.Э.

Аннотация. В данной статье с использованием «Шкалы Йеля-Брауна» установлено, что симптомы обсессивно-компульсивного расстройства весьма распространены среди студентов высших учебных заведений, однако только в 6,2 % случаев они достигали степени выраженности, требующей помощи специалиста в области психиатрии. В остальных случаях студенты справлялись с повседневными проблемами, но все же нуждались в коррекции образа жизни, правил психогигиены, о чем в статье сделаны рекомендации.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство; тревожность; студенты высших учебных заведений; Шкалы Йеля-Брауна; адаптация.

**INFLUENCE OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER
SYMPTOMS ON STUDENTS' DAILY LIFE**

Komarchuk A. S., Ivanov V. V.

Educational Institution

Gomel State Medical University

Republic of Belarus, Gomel

Scientific Supervisors - Skvira I. M., Abramov B. E.

Abstract. In this article, using the «Yale-Brown Scale», it was found that symptoms of obsessive-compulsive disorder are quite common among students of higher education institutions, but only in 6.2% of cases did they reach a degree of severity requiring the help of a specialist in the field of psychiatry. In other cases,



students coped with everyday problems, but still needed lifestyle adjustments, mental hygiene rules, about which recommendations are made in the article.

Keywords: obsessive-compulsive disorder; anxiety; students of higher education institutions; Yale-Brown scales; adaptation.

Введение

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) — это психическое расстройство, характеризующееся навязчивыми неприятными мыслями, возникающими против воли пациента (обсессии) и действиями, цель которых - снизить уровень тревожности [1].

Обсессивно-компульсивное расстройство или синдром навязчивых состояний почти всегда является неврозом. Иначе говоря, синдром навязчивых состояний встречается при невротических (связанных со стрессом), а значительно реже — при психических расстройствах [2].

По данным МКБ, ОКР характеризуется наличием повторяющихся навязчивых мыслей или принудительных действий. Навязчивые мысли - это идеи, образы или побуждения, которые постоянно возникают у пациента в привычной форме. Обычно они вызывают негативные эмоции, и человек часто безуспешно пытается с ними бороться. Тем не менее, пациент воспринимает эти мысли как свои, даже если они возникают произвольно и вызывают отвращение. Навязчивые действия, или ритуалы, представляют собой повторяющиеся действия, которые человек выполняет снова и снова. Эти действия не приносят удовольствия и не служат для выполнения полезных задач; они направлены на предотвращение возможного негативного события, которое пациент боится, что может произойти и причинить вред ему или другим. Обычно человек осознает такое поведение как бессмысленное и неэффективное и пытается ему противостоять. Тревожность почти всегда сопровождает это



состояние, и, если компульсивные действия подавляются, тревога усиливается [1–4].

Цель работы. Изучить частоту встречаемости симптомов обсессивно-компульсивного расстройства и их влияние на повседневную жизнь у студентов.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось среди студентов города Гомеля. В исследование было включено 95 лиц, учащихся в высших учебных заведениях города Гомеля. Студентам было предложено пройти анонимное анкетирование на основе известной «Шкалы Йеля-Брауна», состоящей из 10 вопросов, и используемой для оценки тяжести симптомов ОКР. При оценке состояния студентов степень выраженности обсессивных и компульсивных симптомов оценивалась нами по пяти критериям: продолжительность навязчивых мыслей, степень нарушения жизнедеятельности, уровень психологического дискомфорта, сопротивление и контроль над симптомами.

Обработка данных проводилась с помощью пакета программ «MICROSOFT Excel 2016».

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования по пяти вышеизложенным критериям были получены следующие данные:

- Продолжительность навязчивых мыслей: у 27 (28,4 %) респондентов была около часа в день; у 19 (20,0 %) - от часа до 3 часов в день; у 16 (16,8 %) опрошенных навязчивые мысли длились от 3 до 8 часов в сутки; более 8 часов в день навязчивые мысли преследовали 7 (7,4 %) студентов. У 26 (27,4 %) респондентов навязчивых мыслей не было вообще.

- Степень нарушения жизнедеятельности: большинство респондентов - 29 (30,5 %) едва замечали влияние навязчивых мыслей на повседневную деятельность; 21 (22,3 %) студентов отмечали незначительное влияние



навязчивых мыслей на повседневную жизнь; 19 (20,2 %) респондентам навязчивые мысли значительно мешали в повседневной жизни; 5 (5,3 %) студентов навязчивые мысли привели к существенному нарушению адаптации в повседневной жизни, из-за чего они вынуждены были обратиться за медицинской помощью. 20 (21,3 %) опрошенных не ощущали никакого влияния навязчивых мыслей на жизнедеятельность.

- Уровень психологического дискомфорта: постоянно чувствовали дискомфорт 5 (5,3 %) опрошенных; очень сильное беспокойство ощущали 17 (18,1 %) респондентов; 26 (27,8 %) студентов испытывали достаточно сильное беспокойство; немного навязчивые мысли беспокоили 21 (22,3 %) респондента. 24 (25,5 %) респондента не испытывали никакого психологического дискомфорта, связанного с обсессивно-компульсивными явлениями, не испытывали.

- Сопротивление обсессивно-компульсивным симптомам: 21 (22,1 %) опрошенных отмечали, что всегда легко могли сопротивляться проявлениям обсессивно-компульсивных симптомов; 25 (26,3 %) респондентов отмечали, что чаще всего они справлялись с такими симптомами; 29 (30,5 %) студентов отмечали, что у них иногда удавалось сопротивляться данным симптомам; 14 (14,7 %) студентов редко могли отделаться от обсессивно-компульсивных симптомов от навязчивых мыслей; 5 (6,3 %) опрошенных обсессивно-компульсивным симптомам без посторонней помощи сопротивляться не могли.

- Способность контролировать симптомы: 22 (23,2 %) респондентов отметили, что всегда могли контролировать свои мысли и действия; 33 (34,7 %) опрошенных отмечали, что у них контроль над мыслями и действиями у них в основном сохранен; 20 (21,1 %) студентам иногда удавалось контролировать обсессивно-компульсивные симптомы; 15 (14,7 %) студентов едва могли сдерживать обсессивно-компульсивные симптомы; 5 (6,3 %) респондентов без



посторонней помощи не могли контролировать возникающие у них обсессивно-компульсивные симптомы.

Таким образом, если судить по факторам шкалы Йеля-Брауна, влияющим на тяжесть обсессивно-компульсивного синдрома, его признаки (прежде всего, навязчивые мысли и действия) выявлялись у большинства наших респондентов, студентов высших учебных заведений, - у 75 (78,9 %) из 95 опрошенных. При этом, согласно шкалы Йеля-Брауна, субклинические признаки ОКР наблюдались у 22 (23,2 %) респондентов, признаки ОКР легкой степени - у 22 (23,2 %) респондентов, средней степени выраженности - у 29 (30,5 %) опрошенных студентов, признаки ОКР тяжелой степени выраженности - у 17 (17,9 %) студентов и признаки ОКР крайне тяжелой степени - у 5 (6,2 %) студентов. Однако, проанализировав полученные данные, мы считаем, что серьёзные проблемы, связанные с ОКР, оказались только у 5 (6,2 %) из 95 исследованных студентов, что подтверждается их пролонгированной дезадаптацией в социуме, являющейся важнейшим критерием нарушения психического здоровья. Этим студентами нами была предложена консультация врача-психотерапевта с соответствующим последующим психотерапевтическим лечением.

Студенты с менее выраженными признаками ОКР отмечали, что навязчивости у них могли появляться после переутомления, в период возникновения психологических проблем, проявлений какого-либо соматического нездоровья, избыточного употребления углеводов. В целом эти студенты были вполне адаптированы и успешно справлялись с учебой и повседневными жизненными проблемами. Возможно, по нашему мнению, склонность к навязчивым мыслям у студентов высших учебных заведений может быть связана с тем, что для них весьма характерно абстрактное мышление,



способствующее появлению навязчивостей при снижении порога реагирования нервной системы, вызванного различными биопсихосоциальными факторами.

В целом мы считаем, что данные тестирования не могут быть основой для постановки диагноза, диагноз может быть поставлен только после первичного врачебного интервью специалистов в области психиатрии. Но данные массового тестирования могут помочь в выявлении психологических проблем для более раннего проведения мер профилактики.

Заключение

Обсессивно-компульсивные признаки достаточно распространены среди лиц, обучающихся в высших учебных заведениях, причиной которых в большинстве случаев, возможно, являлась высокая тревожность в характере многих студентов, с одной стороны, способствующая ответственному отношению к учёбе, а с другой стороны, вызывающая нарастание до высокого уровня симптоматической тревоги, которая на фоне переутомления, других биопсихосоциальных факторов и приводила к возникновению обсессивно-компульсивных симптомов. Однако только у 6,2 % студентов уровень данных симптомов достигал степени явного обсессивно-компульсивного расстройства, требующего помощи специалистов. В большинстве же случаев студенты успешно справлялись с возникающими обсессивно-компульсивными симптомами и не приводили к нарушению к затруднению в повседневной жизни и явной дезадаптации. Для улучшения качества жизни студентам были даны следующие рекомендации: соблюдение здорового образа жизни, правил психогигиены труда, увеличение физической активности и прогулок на свежем воздухе, а также постараться нормализовать режим дня и уменьшить потребление сахара.

Несомненно, полученные данные являются предварительными, проблема требует дальнейшего изучения.



Источники и литература / Sources and referens:

1. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1000 с.
2. Нардонэ Дж., Портелли К. Обсессивно-компульсивное расстройство: понять и преодолеть. Краткосрочная стратегическая терапия / пер. с итал. Е. М. Первышева. [Б. м.]: 1000 Бестселлеров, 2020. 168 с.
3. Руководство по детской и подростковой психиатрии / под ред. Джозефа М. Рея; пер. с англ. К. Мкжановского. Киев: Горобец, 2018. Т. 1. С. 57–76.
4. Семченко Л. Н., Костина М. Ю. Обсессивно-компульсивное расстройство и его профилактика у подростков // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2018. Т. 1, № 1 (20). С. 48–50.

ГЕНДЕРНЫЕ ПОДХОДЫ В ЗАРУБЕЖНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТЕОРИЯХ И ИССЛЕДОВАНИЯХ

Конради А. А.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к.ист.н., доцент Г.В. Акименко

Аннотация. В современной психологии гендер понимается как принадлежность к мужскому, женскому или нейтральному полу. В контексте человека различие между гендером и полом отражает специфику использования этих терминов. Несколько масштабных кросс-культурных исследований предоставили достаточно данных для анализа личностных различий между мужчинами и женщинами. Теория социальных ролей берёт своё начало в работах А. Адлера. В статье представлен обзор наблюдаемых культурных различий в



личностях мужчин и женщин. Описаны эволюционные теории, которые касаются гендерных различий, обусловленных окружающей средой. Исследования могут быть более полезными для объяснения глобальных различий в человеческой личности.

Ключевые слова: биологический пол, гендер, гендерная психология, феминизм, комплекс неполноценности, личностные проблемы.

GENDER APPROACHES IN FOREIGN PSYCHOLOGICAL THEORIES AND RESEARCHES

Konradi A. A.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific Supervisor – Akimenko G.V.

Abstract. In modern psychology, gender is understood as belonging to the male, female, or neutral sex. In the human context, the distinction between gender and sex reflects the specific use of these terms. Several large-scale cross-cultural studies have provided sufficient data to analyze personality differences between men and women. Social role theory originates from the works of A. Adler. This article provides an overview of the observed cultural differences in the personalities of men and women. Evolutionary theories that concern gender differences caused by the environment are described. Research may be more useful in explaining global differences in human personality.

Keywords: biological sex, gender, gender psychology, feminism, inferiority complex, personal problems.

В современном мире с каждым годом все сильнее проявляются проблемы взаимоотношений мужчин и женщин, их роли в обществе, в основе которых



лежат личностные противоречия и потребности. Такими проблемами занимается гендерная психология – относительно новое направление психологии.

Гендерная психология изучает особенности поведения человека в обществе, связанные с его биологическим полом, гендером (социальным полом) и их взаимодействием. Однозначной формулировки и четких границ у гендерной психологии пока нет. [1]

Западная гендерная психология четко разделяет понятия «пол» и «гендер»:

1. Пол - совокупность биологических особенностей человека.
2. Гендер - набор культурных норм, шаблонов, определяющих модели поведения, психологические качества мужчин и женщин. Эти нормы передаются из поколения в поколение и закрепляются на подсознательном уровне. [5]

В силу исторических причин такое направление психологии как психология полов в России практически не развивалось. После революции в России провозглашалось равенство полов, отрицалось мужское и женское начало.

Наибольшее развитие гендерная психология получила на западе.

В развитии гендерных исследований на Западе условно можно выделить три этапа. Первый этап (примерные временные границы – 70-е годы) – это период появления первых гендерно ориентированных научных работ, связанных с интенсивным развитием на Западе феминистского движения либеральной ориентации.

Либеральный феминизм провозглашает равенство полов, которого можно достигнуть посредством реформ. Законодательные акты и политические решения (по мнению сторонников либерального феминизма) должны учитывать аспект гендерной нейтральности, отражать идею сходства полов. Либеральные феминистки сформулировали тезис об угнетении женщин и мужчин



предписанными им традиционными ролями и выдвинули задачу изменения этих ролей. Свою деятельность они направили на «ломку» стереотипов общественного сознания (связывающего женщин исключительно с воспитанием, заботой и обслуживанием, а мужчин – с управлением) через обширную программу социальных преобразований в системе образования, производственной, политической и законодательной сферах, обеспечивающих равные права и возможности в обществе женщин и мужчин.

Второй этап развития гендерных исследований соотносится с первой половиной 80-х годов. В тот период времени был широко распространен радикальный феминизм. Если либеральный феминизм в дилемме «сходство – различие полов» решал проблему через сходство, одинаковость мужского и женского, то радикальный феминизм строил свою теорию и практику исходя из различий мужчин и женщин. В идеологии радикального феминизма акцент делался на угнетении, дискриминации женщин. Активно критиковался классический психоанализ, в котором З.Фрейд приписывал женщине изначально более слабую позицию в обществе, объясняя это биологическими особенностями. Ставились вопросы о несправедливом распределении власти между мужчинами и женщинами в любых социальных сферах. На основе феминистской теории сформировалось теоретическое направление – женские исследования, представляющие собой научное исследование женского опыта: женского восприятия мира, семьи, отношений с мужчинами и др.

Начало третьего этапа развития гендерных исследований соотносится с периодом второй половины 80-х годов. Феминистское движение этого периода характеризовалось множественностью ветвей: цветной феминизм, постмодернистский, гуманистический, экзистенциальный, культурный феминизм и др.



Начинается переход от анализа патриархата к анализу гендерной системы, факторов, определяющих формирование гендера. Большое внимание в этот период уделяется разграничению понятий «гендер» и «пол». Гендерные исследования как теория и исследовательская практика ориентированы на понимание гендера как социально сконструированного отношения неравенства по признаку пола. Обобщая вышеизложенное, можно отметить, что развитию гендерной проблематики в психологии предшествовал путь развития гендерно-ориентированных идей в рамках женского общественного движения и теоретических феминистских концепций.

Далее гендерные исследования в западной психологии в основном формировались в рамках следующих парадигм:

- 1) парадигма половых (гендерных) различий, развивающаяся под влиянием полоролевого подхода;
- 2) парадигма уникальности женской психологии, сформировавшаяся под влиянием критики психоанализа;
- 3) парадигма социального конструирования гендера, которая оформилась под влиянием социоконструкционистского интеллектуального движения. [1]

Данные гендерные исследования базируются на различных теориях и концепциях, однако, психика и личность человека настолько многогранна и сложна, что на современном этапе развития психология еще не достигла окончательно полного познания тайн человеческой души.

Каждая из существующих психологических теорий и концепций раскрывает лишь какую-то одну из граней личности человека, выявляет те или иные реальные закономерности, но не всю истину о сущности психики человека. Поэтому абсолютизировать какую-либо одну психологическую теорию и отвергать все другие психологические концепции недопустимо...



Большинство современных психологов согласны, что при анализе психики и структуры личности человека необходимо учитывать биологическую природу (тело, врожденные инстинкты) и социальную природу человека (социальные отношения, интериоризованные социальные нормы), сознательную и бессознательную сферы психики, единство познавательной-интеллектуальной, эмоционально-мотивационной, поведенческо-волевой сферы, сущность личности, ее центр, «самость».

Одним из психологов, стоящих у истоков гендерных исследований, изучавших психологические проблемы личности, был Альфред Адлер. Он был сторонником психоанализа, однако, в отличие от Фрейда, акцентировавшего роль бессознательного и сексуальности как детерминант человеческого поведения, Адлер вводит в объяснение социальный фактор: характер человека складывается под воздействием сложившейся в детстве системы целенаправленных стремлений, в которой реализуется потребность в достижении превосходства, самоутверждении как компенсации «комплекса неполноценности» (Адлер первым вводит этот термин) [3].

Как приверженец психоанализа, Альфред Адлер считал, что все личностные проблемы человека берут начало в детском возрасте.

Основой развития ребенка Адлер считал его стремление компенсировать свои слабости; из этого чувства неполноценности возникает тысяча талантов и способностей. Однако, если в семье проявление чувств любви, нежности считается слабостью, то во взрослом возрасте человек будет испытывать сложности в проявлении этих чувств, что может повлечь за собой психологические проблемы.

Именно чувство неполноценности, неадекватности и неуверенности определяет цель существования индивидуума.



Альфред Адлер считал, что над всеми видами психической деятельности доминируют две великие склонности. Эти две склонности — социальное чувство и индивидуальное стремление к власти и господству — влияют на все виды человеческой деятельности и накладывают свой отпечаток на социальные установки любого индивидуума как при его стремлении к самосохранению, так и при выполнении им трех великих жизненных задач: любви, работы и общения.

По мнению Адлера, роль женщины и мужчины в обществе определяется таким важным фактором, как разделение труда.

По чисто физическим причинам женщины не допускались к некоторым видам деятельности, и в то же время иные дела не поручались мужчинам на том основании, что они найдут себе лучшее применение на других работах. Цель разделения труда не в том, чтобы лишить женщин их женственности или разрушить естественные взаимоотношения между мужчинами и женщинами. В идеале всем предоставляется возможность заниматься тем, для чего лучше всего приспособлены.

В традиционной культуре всячески подчеркивается важность мужского начала. Разделение труда становится таким, что привилегированной группе - а именно мужчинам - гарантируются определенные преимущества, и результатом этого является их господство над женщинами в разделении труда.

Доминирующее мужское начало направляет деятельность женщин таким образом, что мужчины получают от жизни максимум удовольствия, в то время как женщинам поручают те дела, которых мужчины предпочитают избегать.

В обществе имеет место постоянное стремление мужчин к господству над женщинами и, соответственно, неудовлетворенность господством мужчин со стороны женщин [2]. Поскольку оба пола зависят друг от друга, легко понять, что такая постоянная напряженность между ними ведет к разладу и конфликтам, которые неизбежно должны быть чрезвычайно болезненными для обоих полов.



В своих исследованиях психологических проблем мужчин и женщин, Адлер подчеркивал, что общество накладывает «ярлыки» на некоторые черты характера, разделяя их на «мужские» и «женские», хотя объективных причин на такое разделение не существует.

Обе эти группы черт характера чаще всего используются для удовлетворения стремления к власти. Другими словами, человек может стремиться к власти и будучи наделен такими якобы «женственными» чертами, как послушание и смирение; равно как преимущества, которые получает послушный ребенок, иногда ставят его в более выгодные условия по сравнению с непослушным ребенком, хотя в обоих случаях стремление к власти наличествует.

По мере взросления ребенка, его «мужественность» или «женственность» становятся обязанностью. Молодому человеку нужно доказать, что он «мужчина» и должен иметь привилегии. С одной стороны, мужчины могут достичь этого, прилагая усилия, чтобы выделиться; с другой стороны, могут преуспеть в этом, всячески помыкая окружающими их женщинами.

Мужчине нужно постоянно доказывать, что он «настоящий мужчина». Он неизбежно начинает мерить себя этой меркой, наблюдая за собой в действии и размышляя о том, достаточно ли «мужественны» его поступки, является ли он «настоящим мужчиной». Идет постоянная битва за личное превосходство, поскольку стремление к преобладанию считается «мужской» добродетелью. Таким образом, мальчик имитирует те особенности, которые он замечает у взрослых мужчин, особенно у своего отца.

Преимущества, которые мужчины получают по праву рождения очень заманчивы. Поэтому нам не следует удивляться, когда мы видим, что многие девочки выбирают для себя мужской стиль поведения либо как недостижимый идеал, либо как критерий собственного поведения.



В своей книге Адлер подчеркивает, что мужское господствующее положение оправдывается тем, что оно является естественным и вытекает из неполноценности женщины.

Девочкам с рождения прививается мысль, что они менее способны, чем мальчики, этим самым лишая их уверенности в себе, подрывая веру в собственную значимость.

Эта концепция неполноценности женщины настолько распространена, что затрагивает все расы.

Пренебрежение женщинами и их работой повсеместно демонстрирует тот факт, что женщинам зачастую платят меньше, чем мужчинам, даже в тех случаях, когда их работа имеет одинаковую стоимость. Очевидные преимущества, данные мужчинам, привели к таким нарушениям в психическом развитии женщин, что в настоящее время наличествует почти всеобщая неудовлетворенность женской ролью, которую Адлер назвал «мужским протестом».

Адлер различает три вида реакции женщин на стереотип женщины.

Первый вид: девочка, развивающаяся в активном, «мужском» направлении. Она становится чрезвычайно энергичной и честолюбивой и постоянно борется за преуспевание в жизни. Она стремится превзойти своих братьев и товарищей-мужчин, занимается деятельностью, которой обычно занимаются мужчины, интересуется видами спорта, в которых доминируют мужчины, и так далее. Зачастую она избегает всяческих любовных и брачных связей. Если она вступает в такую связь, ее брак может оказаться под угрозой из-за того, что она стремится отодвинуть мужа в семье на второй план. Такая женщина может испытывать сильную неприязнь ко всякого рода работе по дому. Она всегда готова к обороне. Ее называют «сорванцом», «бой-бабой»,



«мужеподобной женщиной» и тому подобное. Эти ярлыки, однако, основаны на ложных представлениях.

Немало людей считают, что такие девочки формируются под влиянием врожденной аномалии, некоего «мужского» секрета желез, который и является причиной их «мужской» социальной установки. Однако вся история цивилизации показывает, что угнетенное состояние, в котором находятся женщины, и те ограничения, которым они должны подчиняться даже сегодня, невыносимы ни для одного человеческого существа; они всегда вызывают бунт.

Если этот бунт сегодня выражается в так называемой «маскулинизации», причина этого проста - имеются всего лишь две половые роли.

Мы должны следовать одной из двух моделей: либо идеальной женщины, либо идеального мужчины.

Отказ женщины от своей роли выглядит поэтому как «маскулинизация», и наоборот. Это происходит не по причине какого-то таинственного секрета желез, а из-за того, что альтернативы просто не существует.

Второй вид реакции бывает у тех женщин, которые идут по жизни с социальной установкой покорности, которые проявляют почти невероятную приспособляемость, послушание и безропотность. На первый взгляд такая женщина со всем соглашается и исполняет все, что ей велят, однако при этом выглядит такой неуклюжей и беспомощной, что ей ничего никогда не удастся сделать как следует. У нее могут наблюдаться нервные симптомы, которые демонстрируют миру, насколько она слаба и как нуждается в защите. Таким образом она ясно дает понять, насколько не подготовлена к своей роли в жизни.

Третий вид реакции – это Женщина, которая никак не восстает против женской роли, но несет в себе мучительное сознание того, что она обречена всю жизнь быть существом низшего порядка и подчиняться другим, представляет собой третий тип. Она твердо убеждена в неполноценности женщин, а также в



том, что сделать в жизни что-либо достойное - это судьба одних мужчин. Вследствие этого она соглашается с привилегированным положением мужчин. Ее голос вливается в хор, славящий мужчину - деятеля и вершителя — и требующий предоставить ему особое положение. Она так откровенно демонстрирует, что считает себя слабой, словно стремится вознаградить себя за это дополнительной поддержкой.

Но эта социальная установка - не что иное, как начало тщательно спланированной мести. В конечном счете она переложит все свои обязанности на мужа, с легким сердцем бросив в сторону: «Это мужское дело!» Хотя женщин и считают низшими существами, дело воспитания детей в большой степени возложено на них.

Представим себе женщин этих трех типов при исполнении этой важнейшей и труднейшей задачи. Женщины первого типа, имеющие «мужскую» социальную установку, будут проявлять чрезмерную строгость и стараться почаще наказывать своих детей, которые будут расти под сильнейшим давлением - давлением, от которого они, само собой разумеется, будут пытаться избавиться.

Дети обычно считают матерей такого типа очень плохими родителями. Всяческий крик и суматоха не приводят ни к чему хорошему, а кроме того, есть опасность, что дочери таких женщин будут подражать матери, в то время как сыновей подобное воспитание на всю жизнь отвратит от женщин.

Среди мужчин, выросших под гнетом подобных матерей, мы встречаем немало таких, которые бегут от женщин как от чумы и неспособны доверять ни одной из них.

В результате мы получаем явный конфликт между полами, причину которого легко понять, несмотря на то что некоторые исследователи до сих пор говорят о «неправильном распределении мужских и женских элементов».



Женщины остальных двух типов также оказываются плохими родителями. Они могут быть настолько нерешительны, что дети скоро замечают их неуверенность в себе и становятся неуправляемыми.

Основополагающий принцип нашей цивилизации гласит, что ценность имеет лишь нынешняя деятельность индивидуума; трудности во время старения испытывают все индивидуумы, но стареющие женщины — особенно.

Ущерб, который наносится стареющей женщине ее принижением, испытывают все люди, поскольку в жизни любого человеческого существа имеются непродуктивные периоды.

Причиной всех этих малоприятных ситуаций являются заблуждения, присущие нашей цивилизации.

Заблуждения относительно неполноценности женщин и, соответственно, превосходстве мужчин постоянно разрушают гармонию между полами. Из-за этого во все сексуальные отношения привносится в высшей степени нежелательный элемент конфликта, угрожающий любой возможности счастья между полами и даже подрывающий ее.

Трудности, возникшие первоначально из-за конфликта между полами, сегодня приняли поистине гигантские масштабы. Чем меньше склонны женщины играть роль послушной самки и чем больше стремятся мужчины сохранить свое привилегированное положение, тем ожесточеннее становится этот конфликт.

Подчинение одного индивидуума другому так же невыносимо в сексуальных отношениях, как и в международной жизни.

Еще большую сложность приобретает она в наше время, когда детей принуждают следовать поведенческим установкам, которые включают в себя пренебрежение к другим людям и их неприятие.



Особую проблему представляет собой лежащий в основе всей нашей жизни принцип конкуренции, доведенный и до детской.

Страх, заставляющий столь многих людей избегать основанных на любви отношений, вызван главным образом бессмысленным давлением, которое заставляет любого мужчину доказывать свою мужественность при любых условиях, даже если для этого он вынужден прибегать к предательству и злобе или силе. Очевидно, что, взаимодействуя друг с другом, эти факторы лишают межчеловеческие отношения всякой искренности и доверия. [4]

Итак, в своей книге «Понять природу человека. Очерки по индивидуальной психологии», Альфред Адлер описал зависимость личностных проблем мужчин и женщин от поведенческих стереотипов, насаждаемых обществом с детского возраста. Очевидно, что Адлер стоял у истоков женского феминизма.

Адлер впервые предложил термин «комплекс неполноценности», борьбе с которым, наряду со стремлением к совершенству, посвящена жизнь каждого человека. В настоящее время теория ученого более актуальна для традиционных культур, где женщины по-прежнему зависимы от мужчин.

В современном западном обществе сегодня преобладают другие тенденции. Понятие «биологический пол» заменило понятие «гендер» (социальный пол). Права женщин и мужчин уравниены на законодательном уровне. И даже, на мой взгляд, права женщин сегодня находятся в большем приоритете, чем права мужчин.

Таким образом, к началу 1990-х годов XX века были заложены теоретические и методологические основы гендерной психологии как отдельной области науки. Были собраны обширные эмпирические данные о различиях в социальных ролях мужчин и женщин.



Однако в гендерно-психологических исследованиях всё ещё остаются пробелы и неизученные аспекты. Необходимо более глубокое научное осмысление и практическое решение некоторых вопросов.

В настоящее время изучение гендерных особенностей активно развивается как в зарубежной, так и в отечественной психологии. Исследования становятся более глубокими, особенно в аспекте кросс-культурных различий гендерных ролей. Также выделяются отдельные направления гендерной психологии, такие как психология женщин, психология мужчин, гендерная социализация, гендерные отношения и другие.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Дусказиева Ж.Г. Гендерная психология: учебное пособие / Ж.Г. Дусказиева; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2010. 108с.
2. Федосеева И.Ф., Акименко Г.В. Значимые психологические особенности студенческого возраста // В сборнике: Психическое здоровье человека и общества. 2023. С. 358-378.
3. Адлер, Альфред. Понять природу человека; Очерки по индивидуальной психологии / Альфред Адлер; [перевод с немецкого А. Боковикова, Е. Цыпина]. Москва: Издательство АСТ, 2024. 480 с.
4. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения // Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022.
5. Арт-терапия в условиях современных вызовов // Акименко Г.В., Белеза Е.В., Бергер Р., Боровикова З.В., Головкин О.В., Голоденко О.Н., Гукина Л.В., Зыкова С.О., Иванова А.В., Изосимова С.А., Карпендейл М.Д., Капица А.А., Кара Ж.Ю., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Кувшинов Д.Ю., Кутлер К.А., Ладускин С.И., Лопатин А.А., МакНифф Ш. и др. Москва, 2023.



КУКЛОТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ ВИДОВ АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Кормина К. С.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель - Яковлев А.С.

Аннотация. В данной научной работе рассматривается использование куклотерапии в качестве инструмента арт-терапии для коррекции и профилактики психиатрических расстройств. Куклотерапия является одним из эффективных методов арт-терапии, позволяющим работать с различными психологическими и эмоциональными проблемами. Проанализированы теоретические основы куклотерапии, ее механизмы воздействия, а также приведены результаты исследования по оценке эффективности применения куклотерапии в работе с пациентами.

Ключевые слова: куклотерапия, арт-терапия, психотерапия, психические расстройства.

DOLL THERAPY AS ONE OF THE TYPES OF ART THERAPY FOR THE TREATMENT OF DEPRESSIVE STATES

Kormina K.S.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor - Yakovlev A.S.

Abstract. This scientific paper examines the use of doll therapy as an art therapy tool for the correction and prevention of psychiatric disorders. Doll therapy is one of the most effective methods of art therapy, allowing you to work with various psychological and emotional problems. The theoretical foundations of doll therapy, its



mechanisms of action are analyzed, and the results of an empirical study on evaluating the effectiveness of using doll therapy in working with patients are presented.

Keywords: doll therapy, art therapy, psychotherapy, mental disorders.

Арт-терапия является одним из наиболее перспективных направлений в современной психотерапии и психологической помощи. Одним из методов арт-терапии является куклотерапия, которая позволяет работать с широким спектром психиатрических проблем. Куклотерапия основана на использовании кукол в качестве терапевтического средства для выражения и проработки внутренних переживаний, конфликтов и травм. Куклотерапия - позволяет в игровой форме, с помощью кукол, безопасно для человека, воссоздать, проиграть травмирующую ситуацию и снять травмирующий фактор. Она широко используется для разрешения внутри и межперсональных конфликтов, улучшения социальной адаптации, заикания, нарушениями поведения и т.п. В куклотерапии используются такие варианты кукол:

- теневые куклы:
- веревочные куклы:
- плоскостные куклы:
- перчаточные куклы:
- куклы-костюмы:
- куклы-марионетки:

Цель исследования: изучить возможности применения куклотерапии как метода арт-терапии для коррекции и профилактики психических расстройств.

Объект исследования

Процесс применения куклотерапии в арт-терапевтической практике.

Методы исследования: Теоретический анализ научной литературы, результаты



голосования в социальных сетях людей, непосредственно принимающих участие в этой методике.

Результаты и обсуждение

В ходе исследования, проведенного психологом психологической лаборатории Н. В. Глазуновой с несовершеннолетними осужденными женского пола, была зафиксирована положительная динамика и значительное улучшение состояния. Среди испытуемых находились девушки с повышенной агрессивностью, склонные к совершению суицида и страдающие депрессивными мыслями. Метод заключался в разыгрывании в «режиссерской игре» истории, связанной с травмирующей ситуацией, с участием доброжелательного персонажа. Участницам также было предложено самостоятельно создать, разукрасить и оживить куклу. В процессе данных активностей было замечено снижение эмоционального напряжения, у некоторых девушек появился интерес к творческому процессу и самой игре. Исчезла раздражительность, появился интерес к себе и окружающим. Многие осужденные приобрели позитивный настрой на отбывание наказания в колонии.

Методика «Позитивная куклотерапия», разработанная В.Ю. Слабинским и Н.М. Воищевой, применяется для взрослых женщин, у которых в процессе психотерапии выявлен базовый конфликт в сфере личности. Суть методики заключается в изготовлении нескольких видов народных кукол и взаимодействии с ними в соответствии с поставленными психологическими задачами. Эта методика рекомендуется для людей с повышенным уровнем тревожности, низкой самооценкой и самопониманием, усиленным чувством страха и тоски.

Помимо этого, существуют традиционные упражнения, такие как диалог с куклой, беседа двух кукол, рассказ о жизни кукол, которые способствуют улучшению состояния при депрессивных расстройствах, развитию устной речи,



расширению словарного запаса и развитию фантазии. Куклотерапия также помогает снизить агрессивное состояние при слабоумии.

Moore (2001 г), отметил, что у пациентов с деменцией снизилась агрессия и возбужденное состояние. Verity (2006г), подчеркнула социальные и поведенческие преимущества использования кукол в терапии. Lash (2005г) отметил, что, когда пациентам разрешено носить с собой плюшевого мишку, это помогает снизить агрессивность и вызывающее поведение. Проведенное исследование показало, что куклотерапия является эффективным методом арт-терапии, позволяющим работать с широким спектром психиатрических проблем. Использование кукол в терапевтическом процессе способствует активизации воображения, символическому выражению внутренних переживаний, а также развитию коммуникативных навыков и эмоциональной саморегуляции.

Результаты голосования продемонстрировали положительную динамику в снижении уровня тревожности, депрессии и других эмоциональных расстройств у участников, прошедших курс куклотерапии.

Выводы

Куклотерапия является перспективным методом арт-терапии, который может быть успешно применен в работе с различными психиатрическими проблемами. Использование кукол в терапевтическом процессе способствует активизации творческого потенциала, символическому выражению внутренних переживаний, а также развитию коммуникативных навыков и эмоциональной саморегуляции. Дальнейшее изучение и внедрение куклотерапии в практику психологической помощи позволит повысить эффективность психотерапевтических вмешательств.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Британова А.И. «Куклотерапия, как отдельный раздел в психотерапии» [Электронный ресурс]. URL: <https://hmkpnb.ru/>



2. Gary Mitchell «The therapeutic use of doll therapy in dementia» [Электронный ресурс]. URL:<https://www.researchgate.net>
3. Гребенщикова Л. Г. «Основы куклотерапии. Галерея кукол». СПб.: Речь, 2007.
4. Татаринцева А. Ю. «Куклотерапия в работе психолога, педагога и логопеда». СПб.: Речь, 2007.
5. Арт-терапия в условиях современных вызовов // Акименко Г.В., Белеза Е.В., Бергер Р., Боровикова З.В., Головки О.В., Голоденко О.Н., Гукина Л.В., Зыкова С.О., Иванова А.В., Изосимова С.А., Карпендейл М.Д., Капица А.А., Кара Ж.Ю., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Кувшинов Д.Ю., Кутлер К.А., Ладушкин С.И., Лопатин А.А., МакНифф Ш. и др. Москва, 2023.

ЛИЧНОСТЬ ПРЕСТУПНИКА В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОМ КОНТЕКСТЕ

Коробов Т. А.

*ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия»,
Россия, г. Саратов*

Аннотация. Данная статья посвящена исследованию личности преступника. В работе рассмотрены конкретные мотивы и модели поведения лиц, отбывающих наказания в местах лишения свободы, с использованием отечественного и зарубежного опыта, а также приведён сравнительный анализ различных подходов работы с личностью преступника на примере следователя и психолога.

Ключевые слова: личность преступника, преступные мотивы, зарубежный опыт, модели поведения, криминальный профиль.



**PERSONALITY OF A CRIMINAL
IN AN INTERDISCIPLINARY CONTEXT**

Korobov T. A.

Saratov State Law Academy, Russia, Saratov

Abstract. This article is devoted to the study of the criminal's personality. The paper examines the specific motives and patterns of behavior of persons serving sentences in places of deprivation of liberty, using domestic and foreign experience, and also provides a comparative analysis of various approaches to working with the personality of a criminal using the example of an investigator and a psychologist.

Keywords: the identity of the criminal, criminal motives, foreign experience, patterns of behavior, criminal profile.

Человеческая личность – это многогранная система, сочетающая в себе различные индивидуальные качества. Особый интерес изучения непосредственно «личности преступника» обусловлен необходимостью выявления признаков, по которым можно сказать, что определённый человек склонен совершить преступление.

По мнению Л.Н. Одинцовой, личность преступника – «совокупность биологических, социально-психологических свойств и качеств индивида с присущими ему общественной опасностью и криминогенной мотивацией, совершившим преступление, судимость за которое может быть снята/погашена, либо человек может быть освобождён от уголовной ответственности по не реабилитирующим основаниям в установленном порядке, в которых отражены его связи и взаимодействие с социальной средой посредством практической деятельности [1, С. 220].

Выявление качеств человека, при анализе которых, выделяется определённая совокупность внешних морфологических признаков поведения и



детерминация внутренних психологических процессов, сигнализирующая о том, что данная личность может совершить общественно-опасное деяние, запрещённое под угрозой наказания УК РФ является предметом изучения следующих наук: уголовное, уголовно-процессуальное, уголовно-исполнительное право, криминология, криминалистика, оперативно-розыскная деятельность, пенитенциарная педагогика, судебная психиатрия, судебная статистика в том числе и юридическая психология.

Юридическая психология – как наука возникла на стыке нескольких областей научного познания. В раннем периоде данная наука не существовала как самостоятельная, она оформилась в XIX веке под влиянием стремительного развития криминальной психологии. Развитие психологии, психиатрии и правовых наук привели к появлению самостоятельной отрасли «юридической психологии», когда П.И. Ковалевский в 1899 г. поставил вопрос о разделении психопатологии и правовой психологии, а также необходимости введения нового предмета в курс юридического образования [2].

От анализа преступного поведения конкретно взятой личности зависит научное решение проблем причин преступности, а также выделение определённых методов и способов выявления конкретных моделей поведения.

Прежде чем выделять конкретные приёмы, необходимо вспомнить, что на характер преступного поведения, с точки зрения личностного подхода, влияют именно внутренние условия и мотивы при осуществлении преступления. Внутренние условия формируются за счёт биологических, социально-демографических и нравственно-психологической характеристик. К биологическим качествам относятся: опасные заболевания или совокупность определённых генов, детерминирующих преступное поведение. Социально демографические – возраст, пол, образование, социальное положение, наличие или отсутствие семейного статуса, место проживания. Систему взглядов,



ценностей и установок можно определить к нравственно-психологической характеристике.

Также важное значение имеет определения мотивов преступного поведения. Причины совершения лицом того или иного поступка, или истинное желание достижения конкретного результата от преступной деятельности. Благодаря выделению конкретной типологии можно отграничить причины преступного мотива, спровоцированных с одной стороны внешними, а с другой стороны внутренними условиями. В юридическое психологии учёными выделяются следующие:

1) «корыстолюбивый» лица, которые стремятся обогатиться за чужой счет, получить материальные блага вне зависимости от того, нарушат они чьи бы то ни было права, преступят закон или нет,

2) «престижный» лица, которые совершают преступления с целью повысить собственный авторитет, занять более высокое место в обществе. Такой мотив свойственен в основном лицам молодого возраста, для которых характерен эгоизм, пренебрежительное отношение к окружающим;

3) «игровой» совершение преступления лицами больше напоминает азарт, способ получения удовольствия, острых ощущений. Корыстные и насильственные преступники также могут руководствоваться этим мотивом;

4) «защищающийся» совершение преступления происходит за счет того, что лицо защищается от опасности, действительной или мнимой, которая может угрожать его жизни, здоровью:

5) «насильственный» лица, которые, совершая преступления, получают удовольствие от причинения страдания, боли другим людям;

6) «сексуальный» преступление совершается лицом для удовлетворения своих сексуальных потребностей вне зависимости от согласия лица, на которое происходит покушение [3, С.388].



Важно отметить, что изучение именно преступника, как личности интересует психологов именно в момент осознания совершения им общественно-опасного деяния, до реализации одной из функций уголовного наказания – исправления.

Без знания научных и теоретических основ юридической психологии и криминологии представляется сложным осуществление процесса определения личностных качеств, принадлежащих именно преступнику как работникам правоохранительных органов в части определения субъекта и субъективной стороны преступления, так и психологам, осуществляющим свою профессиональную деятельность по разным направлениям, в частности пенитенциарной психологии. В зависимости от субъекта определения личности преступника, различается и степень точности результата, и конечная цель, и сам метод.

А.Р. Ратинов указывал на то, «что в работе следователя особую важность приобретает психологическая наблюдательность как один из аспектов применения следователем психологических знаний, психологическая наблюдательность, по мнению автора, это необходимая предпосылка предвидения человеческого поведения и управления им в нужных для следователя целях. Она бывает особенно важна при производстве тех следственных действий, где источником доказательственной информации выступают люди и выбор оптимальных тактических приемов целиком обусловлен их психическими особенностями.

Например, умение диагностировать психическое состояние обыскиваемого облегчает поиски спрятанных им предметов» [4, С.92]. То есть следователь не может действовать «по наитию» он должен уметь анализировать психологическое состояние личности при проведении процессуального действия, анализировать ситуацию, обстановку и состояние допрашиваемого



или обыскиваемого лица, учитывая, что здесь применяются основной метод – это коммуникация и анализ внешнего поведения. Вышеприведённые приёмы необходимы именно для установления признаков субъективной стороны для правильного определения предмета доказывания.

С другой стороны, судебные психологи, которые используют специальные методы для проведения судебно-психологической экспертизы (далее СПЭ) для определения личности обвиняемого. Создаётся своеобразный психологический портрет. Обычно на проведение подобной экспертизы ставится вопрос о том, какие индивидуальные-психологические особенности могли повлиять на совершение преступления. Пример результатов СПЭ: В процессе экспериментально-психологического исследования было установлено, что у П. имела место психомоторная ригидность, инертность нервных процессов и их выраженная неуравновешенность в сторону возбуждения. Ему свойственны также склонность к дисфориям (мрачно-озлобленным состояниям с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, преобладанием жесточенности и взрывчатости), злопамятность, подозрительность, агрессивность, самоуверенность, тенденция к фиксации на отрицательных эмоциональных переживаниях.

Отмечались низкий уровень самоконтроля, замкнутость, эгоцентризм, высокая личностная тревожность, ненадежность моральных установок, непризнание авторитетов. В конфликтных и затруднительных ситуациях склонен к агрессивности, а также подвержен отрицательным эмоциональным состояниям (типа психической напряженности и фрустрации). Самооценка и уровень притязаний П. значительно завышены [5]. По результатам экспертизы можно конкретно определить какие личностные и психологические качества оказали влияние и сподвигли П. на осуществление преступной деятельности.



В пенитенциарной психологии изучаются особенности психики людей, находящихся в местах лишения свободы, где психологами используются различные методы. К организационным методам относится многократное обследование лиц, заключённых в местах лишения свободы на протяжении длительного промежутка времени для отслеживания динамики и особенности изменения их психологического состояния. К эмпирическим методам относится проведение анкетирования, интервьюирования или беседы с заключёнными, иные психодиагностические методы: аутотренинг, групповой социально-психологический тренинг, психокоррекция.

Аутотренинг применяется как средство коррекции поведения и развития личности осуждённых, отбывающих наказания в исправительных учреждениях. Групповой социально-психологический тренинг как вид работы с осуждёнными, ориентированный на развитие социальных умений и нацеленный на углубление опыта анализа ситуации общения. Основная цель психокоррекции состоит в обеспечении удовлетворительного функционирования личности осужденного на социальном уровне и ее законопослушного поведения [6].

Из вышеприведённых примеров, можно обозначить, что в зависимости от субъекта определения личности преступника – различаются и сами психико-юридические критерии, которыми в разной степени владеет следователь и профессиональный психолог. Это обусловлено задачами, которые необходимо решить каждому субъекту в процессе своей деятельности: следователю – правильно определить субъект и субъективную сторону для точной квалификации, а психологу – выявить закономерности преступного поведения и причины их формирования у различных лиц.

Интересным, с точки зрения подхода определения личности преступника, является зарубежный опыт. Например, в США анализ преступного поведения



начал свое развитие еще с 1940-х гг. и первоначально рассматривался как аналитический метод выявления характеристик правонарушителя на основе тщательного изучения динамики преступности и места преступления. Продолжая развиваться на протяжении многих лет в качестве практического следственного инструмента, данный метод считается действенным в продвижении расследований и сужении круга подозреваемых лиц в совершении таких видов преступлений, как разбойное нападение на банки, захват заложников, изнасилование, поджог, серийное убийство на сексуальной почве, и иных особо тяжких и особо тяжких деяний [7, С.70].

Также популярным стал метод составления криминального профиля неизвестного преступника, определяющий основные биологические, социально-демографические и нравственно-психологические характеристики, вышеупомянутые в тексте

Таким образом, раскрытие личности преступника, является важной частью деятельности не только для работников правоохранительных органов для правильной квалификации преступлений с юридической стороны, но и для психологов, так как причины преступного поведения изучаются и на сегодняшний день актуальна выработка наиболее точных психолого-юридических критериев для определения личности преступника, с целью повышения раскрываемости преступлений в различных сферах.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Одинцова Л.Н. Личность преступника: понятие и криминологическая характеристика: монография (4.3 в соавт. с канд. фил. наук И.А. Пушкаревой) 2-ое изд., исправ. и доп. Новокузнецк: Кузбасский институт ФСИН, 2021. 220 с.



2. Краткий исторический очерк развития юридической психологии // Официальный портал Юридическая Психология. URL: <http://yurpsy.com/files/ucheb/belor/02.htm> (дата обращения: 15.11.2024).
3. Антонян Ю.М. Криминология: учебник для вузов. М.: Изд-во Юрайт, 2021. 388 с.
4. Ратинов А.Р. Судебная психология для следователей: учебное пособие. М., 1967. С. 92.
5. Судебно-психологическая экспертиза личности обвиняемого // Официальный портал Юридическая Психология. URL: <http://yurpsy.com/files/ucheb/engal/08.htm> (дата обращения: 15.11.2024).
6. Пенитенциарная психология // Официальный портал Юридическая Психология. URL: <http://yurpsy.com/files/ucheb/penit2/01.htm> (дата обращения: 15.11.2024).
7. Пушкарева И.А., Одинцова Л.Н. Методы изучения личности преступника США и в России // Вестник Самарского Юридического Института. 2021. С. 68-75.

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ К ЛЕЧЕНИЮ

Кравченко А. С.

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – д.м.н., доцент Помыткина Т.Е.

Аннотация. Патологический процесс, развивающийся в организме при заболевании, имеет не только соматические, но и психические проявления. Нередко, у пациентов развиваются тревожные и депрессивные расстройства, которые оказывают влияние на приверженность пациента к лечению, как в



положительную, так и в отрицательную стороны. Исследование ориентировано на изучение воздействия тревоги и депрессии на комплаентность пациентов при сахарном диабете.

Ключевые слова: тревога, депрессия, приверженность к лечению, психосоматические расстройства, сахарный диабет.

THE EFFECT OF ANXIETY AND DEPRESSION ON THE ADHERENCE OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TO TREATMENT

Kravchenko A. S.

Department of Outpatient Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Scientific supervisor – MD, Associate Professor T.E. Pomytkina

Abstract. The pathological process that develops in the body during the disease has not only somatic, but also mental manifestations. Often, patients develop anxiety and depressive disorders, which affect the patient's adherence to treatment, both positively and negatively. The study focuses on the impact of anxiety and depression on the compliance of patients with diabetes mellitus.

Keywords: anxiety, depression, adherence to treatment, psychosomatic disorders, diabetes mellitus.

Введение

Развитию тревожных расстройств и депрессии во время заболевания способствуют множество факторов – длительность заболевания, необходимость в пожизненной терапии, инвалидизирующие последствия патологического процесса. Усугублять течение психосоматических нарушений могут воздействия извне – повышенное внимание со стороны близких или его отсутствие,



ограничения трудовой деятельности вследствие заболевания, общественная оценка состояния здоровья.

Наибольшей частой тревоги и депрессии характеризуются хронические прогрессирующие заболевания и заболевания, сопряженные с высокой летальностью. Актуальным примером заболевания, побудившего к развитию психосоматических расстройств, является COVID-19. В период пандемии массовый характер предупредительных мероприятий и высокие показатели летальности, активно освещаемые в средствах массовой информации, способствовали формированию тревожности даже у пациентов, не перенесших заболевание и в полной мере соблюдающих меры профилактики. При этом, развитие тревожных симптомов в ряде исследований расценивается как положительное явление, повышающие приверженность пациентов к мерам профилактики [3, С.461].

С другой стороны, психосоматические нарушения, обусловленные «страхом» во время пандемии, могут перетекать в субклинически или клинически выраженную депрессию, что приводит к снижению комплаенса пациента. При этом, поведение в отношении здоровья ухудшается по мере усиления депрессии [2, С.9].

Еще одним заболеванием, характеризующимся высокой частотой психосоматических расстройств, является сахарный диабет.

Данные литературы свидетельствуют о неблагоприятном влиянии психосоматических расстройств любой степени выраженности (как субклинических, так и клинических) на комплаентность пациентов с сахарным диабетом [1, С.1]. Низкая приверженность проявляется в виде плохого контроля за уровнем гликемии, несоблюдении диеты, отказа от модификации образа жизни, неправильному уходу за ногами, несоблюдении предписанных доз и др. [4, С.271].



Настоящая работа направлена на изучение влияния тревоги и депрессии на приверженность к лечению пациентов с сахарным диабетом, а также выявление связи между продолжительностью заболевания и выраженностью психосоматических расстройств.

Объекты и методы исследования

Проведен анонимный опрос среди 96 пациентов, находившихся на лечении в отделении эндокринологии на базе ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева. Из числа опрошенных пациентов составили 16 (16,7%) мужчин возрастом $56 \pm 6,7$ лет и 80 (83,3%) женщин возрастом $63 \pm 1,5$ года, средний возраст всех пациентов составил $62 \pm 2,0$ года. Стаж заболевания исследуемых распределен следующим образом: до 5 лет – 18 (18,8%) пациентов, 5-10 лет – 26 (27,1%) пациентов, 11-15 лет - 22 (22,9%) пациента, более 15 лет – 30 (31,3%) пациентов. Средняя продолжительность заболевания составила $12 \pm 1,1$ лет. Для оценки были взяты госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), определяющая выраженность уровня тревоги и депрессии. Для оценки состояния пациента была разработана анкета, включающая вопросы о поле, возрасте, длительности заболевания, приверженности к различными методами лечения и отношении к своему диагнозу.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Microsoft Excel с определением средней арифметической величин (M), ошибки средней величины (m), относительных величин (%), p-критерия.

Результаты и их обсуждение

По данным проведенного исследования было выявлено, что из 96 опрошенных у 34 (35,4%) регистрировалось наличие субклинической тревоги. Данную группу составили 2 (5,9%) мужчины и 32 (94,1%) женщины. У 6 (6,3%) женщин имела место клинически выраженная тревога, у мужчин данные проявления не были выявлены.



Было установлено, что субклиническая депрессия развилась у 24 (25%) пациентов, из них 2 (8,3%) мужчины и 22 (91,7%) женщины. У 14 (14,6%) пациентов была выявлена клиническая депрессия, из которых 2 (14,3%) пациента мужского пола и 12 (85,7%) – женского.

При оценке показателей в зависимости от стажа заболевания получены следующие данные. У пациентов с продолжительностью заболевания до 5 лет выявлено 6 (17,6%) случаев субклинической тревоги, в группе 5-10 лет – 4 (11,8%) случая, 11-15 лет – 12 (33,3%) случаев, более 15 лет – 12 (33,3%) случаев. Клиническая тревога выявлена у 2 (33%) пациентов со стажем менее 5 лет, и у 4 (66%) пациентов со стажем более 15 лет.

В группе пациентов с зарегистрированной субклинической депрессией по продолжительности заболевания пациенты распределились следующим образом: менее 5 лет – 2 (8,3%) пациента, 5-10 лет – 6 (25%) пациентов, 11-15 лет – 6 (25%) пациентов, более 15 лет – 10 (41,7%) пациентов. Клиническая депрессия не выявлена только у пациентов со стажем заболевания менее 5 лет, в остальных группах распределение составило: 2 (14,3%) случая в группе со стажем 5-10 лет, 6 (42,9%) случаев у пациентов со стажем 11-15 лет и 4 (28,6%) случая с продолжительностью заболевания более 15 лет.

Опрошенные, соответствующие по шкале HADS субклиническим проявлениям тревоги и депрессии, выбирали вариант ответа «интересуюсь своим заболеванием», что позволяет предположить положительное влияние умеренных психосоматических расстройств.

На аналогичный вопрос пациенты с клинически выраженной тревогой отвечали «нервничаю, отношусь тревожно».

2 пациента (3%) по результатам опроса показали сочетание симптомов клинической тревоги и клинической депрессии. Показательно, что на вопрос «отношение к заболеванию» они ответили «нейтрально».



На аналогичный вопрос пациенты с клинически выраженной тревогой отвечали «нервничаю, отношусь тревожно».

Можно предположить, что клинически выраженные нарушения психосоматического статуса имеют негативное воздействие на принятие своего заболевания.

Среди пациентов с выявленными нарушениями психического состояния прослеживается низкая приверженность к модификации образа жизни – 20% (12 человек) опрошенных сохраняют вредные привычки – курение. Среди них преобладают пациенты с проявлениями клинической депрессии.

Из 60 пациентов, имеющих симптомы тревоги и/или депрессии 48 (80%) отмечают посещение терапевта 1 раз в год и менее, что может свидетельствовать о низком интересе к собственному здоровью и нежелании регулярного контроля показателей. С другой стороны, пациенты с выраженными симптомами тревоги отмечают, что могут посещать терапевта до 8 раз в год, что характеризует излишний самоконтроль на фоне тревожности.

Независимо от наличия симптомов психосоматических расстройств все пациенты отметили, что не отказываются от приема сахароснижающих препаратов.

Вывод

Пациенты с СД склонны к развитию психосоматических нарушений на фоне длительно протекающего заболевания, что может усугубить не только физическое состояние пациента, усилив проявления его болезни, но и негативно сказаться на ментальном здоровье. Особенно к развитию подобного состояния склонны пациенты со стажем заболевания более 10 лет. Наличие тревожных и депрессивных расстройств оказывает влияние на приверженность к немедикаментозным методам лечения, а также проявляется снижением



кратности посещения терапевта в течение года. Психосоматические нарушения не оказали влияния на приверженность к медикаментозным методам лечения.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Solomou I, Constantinidou F. Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression Symptoms during the COVID-19 Pandemic and Compliance with Precautionary Measures: Age and Sex Matter // Int J Environ Res Public Health. – 2020. – V. 17. - №14. –e4924. doi: 10.3390/ijerph17144924.
2. Shin H, Kim JS, Lee H. Association of Depression with Precautionary Behavior Compliance, COVID-19 Fear, and Health Behaviors in South Korea: National Cross-sectional Study // JMIR Public Health Surveill. – 2023. – V. 9. – e42677. doi: 10.2196/42677.
3. Gonzalez Heredia T, González-Ramírez LP, Hernández-Corona DM, Maciel-Hernández EA. Anxious depression in patients with Type 2 Diabetes Mellitus and its relationship with medication adherence and glycemic control // Glob Public Health. – 2021. – V. 16. - №3. – P. 460-468. doi: 10.1080/17441692.2020.1810735.
4. Świątoniowska-Lonc N, Tański W, Polański J, Jankowska-Polańska B, Mazur G. Psychosocial Determinants of Treatment Adherence in Patients with Type 2 Diabetes - A Review // Diabetes Metab Syndr Obes. – 2021. – V.14. – P. 2701-2715. doi: 10.2147/DMSO.S308322.

ЭКО-АРТ-ТЕРАПИЯ КАК ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В АРТ-ТЕРАПИИ

Курмаш Н. О.

*Кафедра общей педагогики и психологии
Южно-Казахстанский университет имени М. Ауезова*

Республика Казахстан, г. Шымкент

Научный руководитель - Сарипбекова А.Т.



Аннотация. В статье рассматривается новое направление в арттерапии - эко-арт-терапия, объединяющая идеи экопсихологии, природы с творческой экспрессией. Также в статье рассматриваются особенности экологической культуры казахского народа, анализируется экотерапевтическая практика со студентами, основанная на взаимодействии с природой, с целью обретения внутренней гармонии и разрешения эмоциональных проблем.

Ключевые слова: эко-арт-терапия, гармонизация, единство с природой, терапия, казахские традиции, экологическая культура, окружающая среда.

ECO-ART THERAPY AS ONE OF THE DIRECTIONS IN ART THERAPY

Saripbekova A.T.

Department of General Pedagogy and Psychology

M. Auezov South Kazakhstan University

Shymkent, Kazakhstan

Abstract. The article discusses a new direction in art therapy - eco-art therapy, combining the idea of ecopsychology, nature with creative expression. The article also examines the peculiarities of the ecological culture of the Kazakh people, analyzes the ecotherapy practice with students based on interaction with nature, in order to find inner harmony and resolve emotional problems.

Keywords: eco-art therapy, harmonization, unity with nature, therapy, Kazakh traditions, ecological culture, environment.

Введение

Эко-арт-терапия является одним из аспектов экологического подхода в арт-терапии и связана с экологией и психологической наукой. Это направление основано на осознанной связи человека с природой в ее различных формах.



Основная идея эко-арт-терапии заключается в реализации творческой активности в природной среде под руководством специалистов – психолога и арт-терапевта. В ходе такого взаимодействия человек начинает лучше понимать себя, окружающих его людей и свое место в мире. Этот подход способствует формированию позитивных связей человека с природой, развитию уважения к окружающей среде, заботе о природе и ее сохранении, а также развитию сознания и эмпатии.

Исследование основ теории и методологии эко-арт-терапии включало в себя анализ психологической концепции формирования субъективного отношения к природе на основе психологии отношений, а также патогенных факторов, обусловленных отчуждением человека от мира природы, и терапевтических вмешательств. Было предложено более широкое понимание творческой личностной активности, связанной с экосистемными представлениями.

В рамках этого исследования было также уточнено содержание нескольких ключевых понятий, таких как «средовая персонализация», «экоидентичность», «зеленая студия», которые отражают уникальные характеристики этого инновационного направления. Особое внимание уделено возможностям использования искусства и средовой творческой активности как средств изменения отношения людей к природе и реализации их саногенного потенциала во взаимодействии с природной средой. В своей научной статье известный арт-терапевт Копытин А.И. отмечает, что основные концептуальные основы эко-арт-терапии не сводятся только к средствам общения между людьми, но также являются способом установления и развития связи с окружающей средой и различными формами жизни.

Творческий процесс способствует настройке на экологическую систему и средовые процессы, что позволяет лучше осознавать и переживать определенные



аспекты человеческого опыта, связанные с эволюцией и биологическими предпосылками антропогенеза и его взаимосвязью с окружающей средой. Это влияет на оздоровление и эмоциональное благополучие людей, поддерживает их восприятие себя, как части природы и их экологическую идентичность [1].

Известно, что каждая нация и народ имеют свои традиции, убеждения и ценности, сложившиеся веками в природопользовании и защите окружающей среды. Каждый народ имеет свою особенную экокультуру и концепцию оздоровления с помощью ресурсов природы. У казахского народа, например, сложилось понятие «Жер-Ана», что означает видение земли как матери и почитание матери как священного обряда, глубоко укоренившегося в верованиях нашего народа. Стремясь сохранить эту горячую любовь и уважение к родной земле и природе, наши предки выразили это в понятиях «Жер шоктығы – Кокшетау» и «Жер жаннаты – Жетысу».

Старейшины верили в значимость этих связей и передавали их из поколения в поколение, чтобы сохранить их наследие. Стоит отметить, что с древности кочевые казахи наблюдали за погодой, ориентируясь на природные явления и отождествляя свою жизнь со стихией природы, которая стала опорой их существования. Они внимательно следили за явлениями, происходящими в мире природы, начиная от человека и заканчивая животными, растениями и другими природными объектами. У казахского народа было много астрономов - наблюдателей, которые внимательно следили за погодой и предупреждали о различных бедствиях. Они часто использовались людьми для получения прогноза ожидаемых изменений в природе и объясняли, какие изменения произойдут в погоде в данном году, чтобы позволить животным приспособиться и избежать возможных катастроф. Такие предсказания погоды в казахской культуре передавались из поколения в поколение, сохраняясь в тайне и специфичных методах расчета по солнцу.



Астрономы - наблюдатели также наблюдали и запоминали различные небесные тела и явления природы, которые играли важную роль в выборе благоприятных мест для поселения. Казахи и сейчас продолжают использовать простые народные методы наблюдения за погодой, основанные на их жизненном опыте и понимании характерных особенностей поведения животных. Эти методы прогнозирования погоды передавались поколениями и являются основой для предсказания погодных условий. Подытоживая вышесказанное, можно отметить тонкую связь казахского народа с природой, любовь к природным красотам, что определило экологическую культуру нашей нации.

В казахской культуре наблюдается сильная связь с природой и ее влияние на жизнь людей велико, в том числе и в психологическом плане. Это доказывает, что природа и человек неразделимы и нужно относиться к природе бережно, с уважением и заботой. В казахской традиции можно заметить многие арт-терапевтические тенденции, арт-объекты присутствовали у древних казахов везде: в жилище, посуде, в одежде, в убранствах, аксессуарах, посуде и др.

Жилье кочевников - юрта имеет круглую основу и потолок «Шанырак» похож на красивую мандалу, имеющую глубокий смысл. Вся жизненная концепция древних казахов строилась на прочной связи с природой, так формировалась экологическая культура, передаваемая из поколения в поколение.

Материалы и методы: теоретический анализ, анализ психолого-педагогической литературы, наблюдение, опрос, беседа. Проведён анализ научных публикаций в базах данных Ecopoiesis.ru, GOV.KZ, uba.edu.kz., Psyjournals.ru. При подготовке статьи мы опирались на материалы авторов Копытина А.И., Глебова Г.В.

Важно формировать национальную экологическую культуру у современной молодежи. Здесь мы можем рассматривать эко-арт-терапию как



важный инструмент в работе с подрастающим поколением. На кафедре «Общая педагогика и психология» ЮКУ им.М.Ауезова дисциплине «Арттерапия» уделяется особое внимание. Студенты – психологи активно участвуют в освоении всех техник арт-терапии.

Дисциплина «Арттерапия» имеет своей целью формирование у обучающихся общих представлений об особенностях арттерапии и ее месте в системе других направлений психологии и психотерапии. В рамках этой дисциплины мы рассматриваем основные и традиционные арттерапевтические направления, методы, понятия и проблемы. Студенты знакомятся с историческим развитием данного направления, а также с основными терапевтическими положениями в области арттерапии, методами и техниками. В процессе самостоятельного изучения, а также анализа арт-технологий во время аудиторных занятий, была проведена беседа с обучающимися о новом направлении - эко-арт-терапия. Опрос среди студентов 2 - 4 курсов показал большой интерес к данному новому направлению. На лекции мы знакомим студентов со статьей А.И. Копытина и Аррана Гара «Экопоэзис: манифест экологической цивилизации», где авторы утверждают, что экологию нужно понимать как ключевое понятие экологической цивилизации. По мнению авторов, экология обеспечивает ту основу, которая позволяет людям переосмыслить свои отношения друг с другом и с миром природы. Она помогает определить шаги по деколонизации планеты и человечества, преодолению доминирования одной гегемонистской силы, одержимой интересами глобального рынка и прибылями транснациональных корпораций.

Также авторы отмечают, что экология помогает также определить шаги, необходимые для установления многополярного мирового порядка, объединить человеческие и биотические сообщества, создать соответствующие институты для контроля над экономикой [2]. Также, в процессе ознакомления с данным



направлением в арт-терапии, мы познакомились со сборником научных публикаций под общей редакцией А.И.Копытина «Экологический и средовой подходы в арт-терапии», где у студентов вызвала большой интерес статья Д.Дэйвиса «Рисование природы как вид эко-арт-терапевтической практики», где автор указывает на тот факт, что рисование природы имеет большое арттерапевтическое значение [3, с.180].

Результаты и обсуждение

Основными задачами дисциплины «Арт-терапия» для студентов образовательной программы 6В03130 - Психология являются знакомство студентов с различными теориями и направлениями арттерапии, изучение основных методов и понятий этой области. Кроме того, важным аспектом является углубленное знакомство с основными принципами арттерапевтической работы. Следует отметить, что одной из ключевых задач этой дисциплины является формирование у обучающихся навыков диагностики арттерапевтическими методами. Понимание основных принципов и методов диагностики поможет будущим специалистам правильно определить потребности клиента и разработать эффективную арттерапевтическую программу.

Место и роль дисциплины «Арт-терапия» в системе психологических наук важны для будущих психологов. В результате изучения данной дисциплины студенты будут обладать основными знаниями и навыками в области арттерапии. Они смогут применять полученные знания в своей профессиональной деятельности, помогая людям с помощью искусства и творчества достичь психологического благополучия и саморазвития. На практических занятиях мы проводим традиционные техники арт-терапии, такие как изотерапия, сказкотерапия, глинотерапия, песочная терапия, куклотерапия, фототерапия и др. Особый интерес вызвало такое относительно



молодое в Республике Казахстан, новое направление, как эко-арт-терапия. Несмотря на богатую историю нашего народа по применению эко-арт-объектов в повседневной жизни, мы пришли к выводу, что методологический подход и научный аппарат эко-арт-терапии недостаточно изучены и разработаны отечественными специалистами. Изучив теоретический материал и исследовав психологические интернет-порталы, как российские, так и отечественные, мы пришли к выводу о том, что эко-арт-терапия способна решать множественные терапевтические, педагогические задачи в работе со студентами - психологами.

В эко-арт-терапии со студентами важно проводить аналогию с наукой «Экологическая психология». Автор В.В.Глебов отмечает, что экологическая психология - это область знаний о психологических аспектах отношений между окружающей средой и человеком. Автор пишет о проблемах, которые рассматривает данное направление в психологии:

1) Изучение экологического сознания путем выявления особенностей восприятия человеком окружающей среды и дифференциация значимых для субъекта факторов неблагоприятного развития окружающей среды;

2) определение мотивации экологического поведения;

3) анализ закономерностей психологических последствий экологического кризиса (нарушения психического здоровья, рост преступности, демографические изменения) и др.

4) анализ психологических средств пропаганды. [4, с.57].

В групповой работе со студентами-психологами эко-арт-терапия способствует сплочению коллектива, развитию творческого мышления, навыков по самореализации внутреннего потенциала, а главное, данное направление формирует бережное отношение к окружающей среде, к природе, формирует экологическую культуру. В эко-арт-терапии со студентами мы учим давать новую жизнь мертвым элементам природы (опавшие листья, желуди, еловые



шишки, скошенная трава, камни, сломанные от ветра ветки, сухие цветы и мн.др.) и ни в коем случае не причинять вреда живой природе. В этом мы видим глубочайшую и философскую ценность этого нового метода в арт-терапии. Практические занятия и эко-тренинги нами проводятся в парках города, в дендропарке, а также в лабораторных аудиторных условиях. Коллаборация арт-методов с эко-арт-терапией (сказкотерапия, мандалатерапия, изотерапия, музыкальная терапия) позволяет разнообразить практическую работу с будущими психологами.

Заключение

Автор учебного пособия «Арт-терапия» В.Н. Никитин отмечает, что описание теории психологии искусства и анализ эмпирического исследования природы творчества, методологии формирования художественных и музыкальных способностей представлены в трудах выдающихся психологов: Л. С. Выготского, В. П. Зинченко, А. Н. Леонтьева, В. С. Мухиной, С. Я. Рубинштейна, Б. М. Теплова, Б. Д. Эльконина и др. Существенную роль в методологию арт-терапии, в создание и интерпретацию моделей арт-терапевтической практики внесли зарубежные специалисты: Р. Арнхейм, К. Бах, К. Берк, Ф. Биррен, Д. Винникот, К. Кох, Э. Крис, М. Милнер, Дж. Морено, Я. Морено [5, с.27].

Эко-арт-терапия - это форма терапии или самовыражения, в которой используются различные экологические материалы и природные элементы для достижения терапевтического эффекта. Она основана на предположении о том, что взаимодействие с природой и творчество могут помочь улучшить психическое и эмоциональное благополучие человека. В рамках изучения эко-арт-терапии будущие психологи создают и используют различные объекты и проекты, вдохновленные природой, такие как рисунки, мандалы из природных материалов, пейзажи и другие подобные творческие произведения. Они могут



использоваться как инструменты самовыражения и источники вдохновения, а также как объекты для обсуждения и анализа с терапевтом или в групповом контексте.

Важно, чтобы студенты понимали, что основные принципы эко-арт-терапии включают использование природы как источника земной связи и исцеления, эмоциональные переживания, связанные с взаимодействием с природными материалами, и укрепление того, что все живое взаимосвязано и взаимозависимо.

Исследования показывают, что эко-арт-терапия может быть полезна в коррекции различных психических и эмоциональных проблем, таких как стресс, депрессия, тревога, потеря, травмы и другие [5]. Она может помочь людям развить более гармоничное отношение к природе и себе, а также раскрыть и осознать свои эмоции и переживания через творчество. Эко-арт-терапия может проводиться индивидуально или в группах под руководством квалифицированного терапевта, который поможет ориентироваться в процессе и заданиях. Однако, она также может быть просто формой самовыражения и расслабления для людей, занимающихся творчеством и имеющих интерес к природе.

Эко-арт-терапия - это форма терапии, которая использует природные материалы и искусство для поддержки психического здоровья и самоисцеления. Арттерапевты утверждают, что она объединяет принципы природной терапии и искусственной терапии, чтобы помочь людям улучшить свое самочувствие и связь с окружающей средой.

В рамках эко-арт-терапии люди могут использовать различные виды материалов, такие как глина, травы, цветы, ветки, камни и другие элементы природы, чтобы создать произведения искусства. Это может быть живопись, скульптура, коллажи, а также создание миниатюрных садов или ландшафтных



дизайнов. При проведении эко-арт-терапии со студентами преподаватель может задавать различные вопросы, проводить дискуссии и анализировать произведения искусства, чтобы помочь обучающимся исследовать и выразить свои эмоции, найти решения для проблем, развить свою креативность и улучшить свое самочувствие.

Эко-арттерапия может быть полезна для студентов, страдающих от стресса, тревожности, депрессии, потери или других эмоциональных проблем. Она также может помочь улучшить общую эмоциональную и физическую благополучность, а также способствовать развитию социальных навыков и самосознания во время учебного процесса. Важно отметить, что эко-арт-терапия не является заменой для традиционной психотерапии или лечения. Она может использоваться как дополнительный инструмент для поддержки общего психоэмоционального благополучия человека.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Копытин А.И. Концептуальные основы эко-арт-терапии. Психологическая газета. <https://psy.su/feed/7282/>
2. Копытин А.И. Экологический и средовой подходы в арт-терапии. М.: Когито-центр, 2019. 180 с.
3. Глебов В.В. Экологическая психология: учебное пособие. М.: РУДН, 2008. 243 с.
4. Никитин В.Н. Арт-терапия: учебное пособие. М: Когито-Центр, 2014. 336 с.
5. Головки О.В. Отношение к арт-терапии обучающихся в кемеровском государственном медицинском университете // О.В. Головки, Е.В. Салтанова., З.В. Боровикова, О.В. Шмакова, К.А. Захаренкова / Практика исцеления творчеством: современная арт-терапия в образовании, медицине и социальной



сфере. сборник материалов Международной научно - практической конференции. 2022. С. 92-97.

**ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО
ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ И ВОЗМОЖНОСТИ
ИХ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОБИОТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ**

Лищенко Д. Д., Ощепкова П. А.

Кафедра микробиологии и вирусологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к.б.н. Соболева О.М.

Аннотация. Расстройства пищевого поведения (РПП) становятся все более важной проблемой в современном обществе, особенно в условиях жестких требований к внешнему виду, негативного отношения к собственному облику и увеличивающегося уровня стресса и тревожности. В проведенном онлайн-анкетировании приняли участие 76 ребят. Получены результаты, говорящие о необходимости проведения просветительских мероприятий в отношении формирования здорового отношения к питанию – как дома, так и в школе.

Ключевые слова: РПП, здоровый образ жизни, правильное питание, спорт, профилактика РПП, пробиотики.

**RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF EATING DISORDERS
IN ADOLESCENTS AND THE POSSIBILITIES
OF THEIR PREVENTION WITH PROBIOTIC DRUGS**

Lishchenko D. D., Oshchepkova P. A.

Department of Microbiology and Virology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific Supervisor - PhD Soboleva O. M.



Abstract. Eating disorders (ED) are an urgent problem of modern society, especially in the conditions of strict requirements to human appearance, prejudiced attitude to appearance and increased level of stress and anxiety. In the conducted online questionnaire 76 children took part. The results show that it is necessary to carry out educational activities regarding the formation of a healthy attitude to nutrition - both at home and at school.

Keywords: ED, healthy lifestyle, proper nutrition, sports, prevention of ED, probiotics.

Введение

Расстройства пищевого поведения, включая нервную анорексию, нервную булимию и переедание, представляют собой проблему общественного здравоохранения из-за большого количества сопутствующих медицинских и психиатрических заболеваний, частых госпитализаций, высокого уровня хронической заболеваемости (40%) и смертности (5-10%) [1]. Расстройства пищевого поведения становятся важной проблемой современного общества, особенно в условиях жестких требований к внешнему виду, негативного отношения к собственному облику и увеличивающегося уровня стресса и тревожности. Стандарты красоты, которые передаются через медиа, телевидение и интернет, формируют определённый идеал, стремление к которому может разрушить внутреннее спокойствие и вызвать социальные трудности. Пандемия COVID-19 усугубила обострение проблем, связанных с пищевым поведением [2].

Психические расстройства, связанные с пищевым поведением, возникают в результате сложной совокупности различных взаимосвязанных факторов. Влияние генетических, физиологических, психологических и социальных предпосылок может превратить обычное следование строгим диетам в тяжелую



патологию. Важно учитывать, что характеристики личности человека могут существенно влиять на развитие этого заболевания. После первого проявления расстройства, психологический профиль пациента во многом определяет течение болезни, что отражается как на его поведении, так и на взаимоотношениях с окружающими и самим собой.

Существует множество психологических теорий, описывающих происхождение расстройств пищевого поведения. Адепты классического психоанализа считают, что основными факторами, способствующими развитию этих расстройств, являются страхи, связанные со взрослением, ответственностью, половым созреванием и беременностью. Процесс физического взросления приводит к внутреннему конфликту, нежеланию расставаться с детством и матерью, к которой пациент чувствует сильную привязанность вплоть до зависимости. В этом контексте расстройства пищевого поведения, в частности анорексия, рассматриваются как способ избежать взросления и его вызовов.

Существует альтернативная точка зрения, согласно которой возникновение пищевых расстройств может быть связано с обидой и злостью по отношению к родителям, что воспринимается как способ привлечь их внимание. Исследования показывают, что в семьях пациентов царит чрезмерная напряженность. Вдобавок, динамика семейных отношений влияет на тип пищевого расстройства, который проявляется у индивидуумов [3]. Так, пациенты с нервной булимией часто растут в авторитарных семьях, где они подвержены строгому контролю со стороны родителей. Такие пациенты имеют тенденцию скрывать свои истинные чувства, стремясь к одобрению со стороны своих родителей и опасаясь их разочаровать. Напротив, пациенты с нервной анорексией нередко вступают в конфликты с родителями, а отказ от пищи



становится способом протеста, отделяющим их от родителей, особенно от матерей.

Когнитивная психологическая модель также подчеркивает влияние детского опыта на возникновение расстройств, однако с акцентом на когнитивные аспекты. В частности, нервная анорексия описывается как «неустанное стремление к худобе», в то время как нервная булимия охарактеризовывается как «постоянный страх перед полнотой». Неприятие собственного тела стало общественным стандартом, что заставляет подростков в процессе формирования своей идентичности ориентироваться на нереалистичные идеалы, сравнивая себя с ними и тем самым ухудшая свою самооценку.

Направление эго-психологии рассматривает расстройства пищевого поведения как результат неправильного формирования здоровой самооценки. Такие пациенты требуют постоянного одобрения от окружающих и демонстрируют крайнюю чувствительность к личным неудачам. Им свойственны завышенные требования к себе, трудности с прощением собственных ошибок и нереалистично высокие ожидания, что приводит к ограниченному и эмоционально насыщенному стилю питания, а также к срывам и перееданию. Таким образом, можно выделить еще одну ключевую черту у пациентов с расстройствами пищевого поведения – перфекционизм.

Личностные особенности могут стать основой для формирования расстройств пищевого поведения. Например, личность человека, страдающего булимией, часто представляется как разделение между внутренним и внешним «Я». Внешнее «Я» выставляет на показ энергичность, активность и уверенность в себе, тогда как внутреннее состояние человека наполнено чувством вины, беспомощностью, тревогой и пустотой. Этот конфликт между «настоящим Я» и «идеальным Я» создает внутреннее напряжение: ограничения и контроль



являются «сильной» стороной, в то время как срывы и переедание становятся «слабой». Питание начинает восприниматься как источник награды и утешения в трудные моменты, что в конечном итоге приводит к самобичеванию. Таким образом, возникает замкнутый круг: «еда-вина-еда».

Пациенты с нарушениями пищевого поведения зачастую сталкиваются с трудностями в социальных коммуникациях и обладают склонностью к интроверсии. Установление межличностных связей вызывает у них дискомфорт. Темперамент также может играть роль в развитии расстройства пищевого поведения. Например, меланхолики, обладающие чувствительностью и ранимостью, более подвержены эмоциональному и внешнему типу пищевого поведения. Холерики, у которых преобладает возбуждение над торможением, демонстрируют отклонения во внешнем и ограничительном пищевом поведении. Сангвиники, которым свойственно стремление к общению и социальной активности, также могут проявлять признаки внешнего пищевого поведения, аналогично флегматикам.

Влияние социальных медиа на возникновение расстройств пищевого поведения связано с романтизацией РПП в интернете. Существуют онлайн-сообщества, где люди, страдающие различными видами расстройств пищевого поведения, находят единомышленников. Эти группы несмотря на то, что должны помочь в борьбе с проблемой, зачастую способствуют идеализации РПП и становятся источником вдохновения для своих участников. Они позиционируют себя как платформы для распространения информации о здоровом образе жизни и заботе о себе, но на самом деле часто представляют собой открытую пропаганду расстройств пищевого поведения. Одним из факторов риска таких интернет-сообществ является создание мини-групп, предполагающих взаимную поддержку и мотивацию, что может еще больше усиливать проблемные установки участников. Основная проблема этого явления состоит в том, что



люди с РПП часто скрывают свои отношения к пище от ближайших, что затрудняет как исследование, так и лечение расстройств. Объединяясь в группы, они зачастую усугубляют свои проблемы, усиливая выраженность симптомов расстройств пищевого поведения [4].

Ранние факторы, такие как воздействие окружения, родительские мнения, убеждения и риск развития расстройств пищевого поведения, оказывают влияние на беспокойство подростков о своей внешности в контексте интернет-контента. Социальные аспекты, включая беседы с друзьями о внешнем виде в раннем подростковом возрасте, существенно способствуют формированию этих переживаний и активности в сети в более поздний период. Для мальчиков значительными факторами риска, вызывающими тревогу по поводу внешности при взаимодействии с интернет-контентом, являются взгляды и поведение их родителей относительно внешнего вида. В то время как для девочек ключевыми аспектами являются интернализация стандартов красоты и эмоциональное переживание. Социальный опыт, индивидуальное взаимодействие, убеждения и взгляды могут являться потенциальными ранними факторами, способствующими формированию обеспокоенности по поводу внешности у подростков на более поздних этапах жизни.

Как упоминалось ранее, расстройства пищевого поведения (РПП) представляют собой синдромы с комплексным этиопатогенезом, которые включают как травматические события из детства, так и различные биологические факторы. Считается, что человеческая микробиота выполняет ключевую роль, влияя на управление эмоциями и пищевое поведение через свои метаболиты, такие как короткоцепочечные жирные кислоты (КЦЖК) [5].

Существуют предположения о том, что ось микробиота-кишечник-мозг (то есть в первую очередь бактерии и грибы, которые долгое время колонизируют кишечник, и их генетические, белковые и метаболические продукты) имеет связь



с развитием и поддержанием расстройств пищевого поведения (РПП), учитывая их важную роль в гомеостазе организма. Действительно, сигналы, исходящие из желудочно-кишечного тракта, могут оказывать влияние на определенные мозговые функции и поведенческие реакции, включая потребление пищи и переедание.

Взаимодействие в этой системе строится не только на нейронных импульсах, но и на эндокринных молекулах (гормонах и кишечных пептидах), а также на метаболитах, синтезируемых микробиотой, которые совместно регулируют физиологические процессы хозяина. Было показано, что некоторые микроорганизмы (например, *Clostridium perfringens*, *Escherichia coli*, лактобактерии, бифидобактерии) синтезируют основные нейрхимические соединения, связанные с психопатологией (например, ГАМК) или для метаболизма их предшественников, таких как триптофан, глутаминовая кислота, тирозин и фенилаланин.

Метаболиты, вырабатываемые кишечной микробиотой, такие как короткоцепочечные жирные кислоты (КЦЖК), могут модулировать пищевое поведение, ослабляя, например, сигнализацию рецепторов грелина или индуцируя аноректические гормоны [6].

КЦЖК – это пищевые метаболиты, образующиеся в результате бактериальной ферментации в толстой кишке. К ним относятся, например, бутират, вырабатываемый в основном *Firmicutes*, пропионат, вырабатываемый *Bacteroidetes*, и ацетат, вырабатываемый некоторыми анаэробами. КЦЖК представляют собой важнейший источник энергии для клеток кишечника. Кроме того, модуляция ГАМКергической, серотонинергической и дофаминергической нейротрансмиссии, индуцируемая КЦЖК, может влиять на другие психопатологические аспекты, такие как тревога или депрессия, которые участвуют в поддержании самой психопатологии РПП.



Микробиота кишечника отличается большим разнообразием, преобладают бактериальные представители таких типов, как *Bacteroidetes*, *Firmicutes*, *Actinobacteria*, *Proteobacteria*, *Verrucomicrobia*, *Fusobacteria* и археи. Эти микробы играют важную роль в расщеплении, усвоении и метаболизме пищевых компонентов, включая пути, связанные с микробиологическим расщеплением углеводов и аминокислот, а также с выработкой витаминов К и группы В. В толстом кишечнике микробы переваривают углеводы, белки и липиды, оставшиеся непереваренными в тонком кишечнике; неперевариваемые вещества, такие как стенки растительных клеток, целлюлоза, гемицеллюлоза, пектин и резистентный крахмал, подвергаются микробиологическому разложению и последующей ферментации. Доказано, что рацион, состоящий из нерафинированных продуктов и неперевариваемых веществ, вызывает рост микробов, которые способны расщеплять полисахариды до короткоцепочечных жирных кислот.

Микробиота кишечника различается по количеству и типу видов, обитающих в кишечнике, а на ее плотность и состав влияют многие факторы: особенности генома хозяина, этническая принадлежность, возраст, воздействие микробов окружающей среды, инфекции, ятрогенное воздействие, хронические заболевания, профессиональные вредности, стресс, физическая активность и сон. Состав рациона, как долгосрочный, так и краткосрочный, может влиять на состав микробиоты кишечника. Интересно, что кишечная микробиота играет важную роль во многих аспектах, характерных для анорексии, включая регулирование настроения и тревожности, поведения, аппетита, желудочно-кишечных симптомов и метаболизм [7].

В исследованиях изучалась связь между микробиотой кишечника и психопатологией у пациентов с нервной анорексией. Поскольку изменения в рационе питания могут существенно повлиять на состав и функции кишечной



микробиоты, а рацион пациентов с анорексией резко меняется как количественно, так и качественно, результатом может стать дисбактериоз, который может способствовать возникновению или поддержанию расстройств, связанных с анорексией.

Кроме микробиологических инструментов, не стоит забывать и про социальные взаимодействия. Мы можем воздействовать на социальные предпосылки к развитию расстройства, посредством проведения социально-просветительских мероприятий, таких как выходы в школы с наглядным пособием (презентация) и раздаточным материалом. В связи с этим поставлена **цель исследования** – работа с населением с целью повышение уровня осведомленности в сфере расстройств пищевого поведения.

Объекты и методы исследования

В исследовании приняли участие 76 школьников возрастом 13-18 лет, из них 22 юноши и 54 девушки. Изучений условий, образа жизни, особенностей физической активности и питания проводились методом анкетирования. Вопросы в анкете имели несколько вариантов ответов. Статистическая обработка проводилась в приложении MS Excel.

Результаты и их обсуждение

Возрастная группа включала респондентов возрастом 13-18 лет, среди них молодых людей – 29%, девушек – 71%.

В наших исследованиях не наблюдается взаимосвязь между размером населенного пункта и предполагаемыми предпосылками к развитию РПП, в то время как научными данными подтвержден обратный факт [8].

Результаты исследования показали, что большинство опрошенных иногда (26,6%) или всегда (29,3%) замечают странности в своем пищевом поведении (переедание, недоедание, голод) (рис. 4). 22,6% респондентов, участвовавших в



нашем онлайн-анкетировании, не замечают странности в своем пищевом поведении.

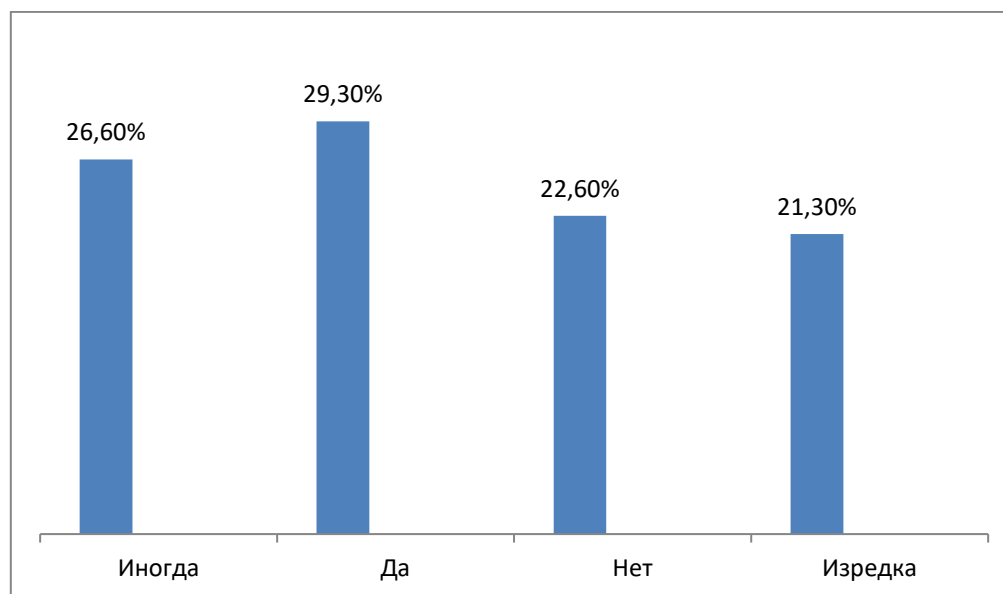


Рис. 1. – Результаты распределения респондентов при ответе на вопрос «Замечаете ли Вы странности в своем пищевом поведении (переедание, недоедание, голод)?».

Подавляющее большинство опрошенных (78,6%) не анализируют свой рацион и его калорийность, т.е. не ведут пищевой дневник с подробной записью съеденных пищевых продуктов и не подсчитывают сумму килокалорий, содержащихся в них (рис. 5). Между тем известно, что подобная привычка очень полезна [9]. Только 8% респондентов, участвовавших в нашем онлайн-анкетировании, стремятся комплексно анализировать свой рацион – т.е. ведут и пищевой дневник, и учет съеденных калорий. Таким образом, можно надеяться, что эта часть опрошенных подростков осведомлена об основных принципах сбалансированного рациона и стремится следовать им – по крайней мере, некоторые предпосылки для этого имеются.

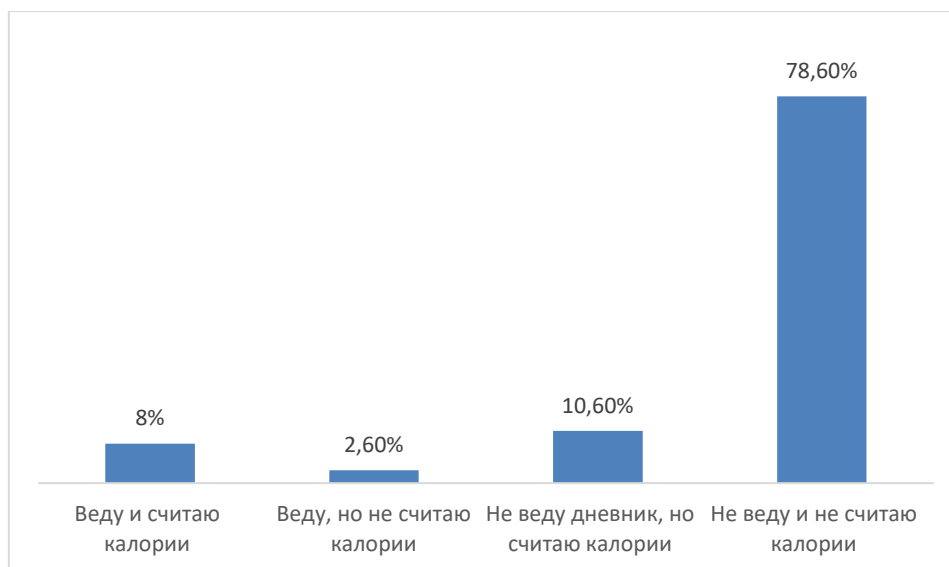


Рис. 5. – Результаты распределения респондентов при ответе на вопрос «Ведете ли вы пищевой дневник и считаете ли калории?».

У большинства опрошенных преобладает питание 2-3 раза в сутки (50,6%) (рис. 6), в то время как рекомендуемое специалистами количество приемов пищи должно составлять 4-5 раз в сутки [10].

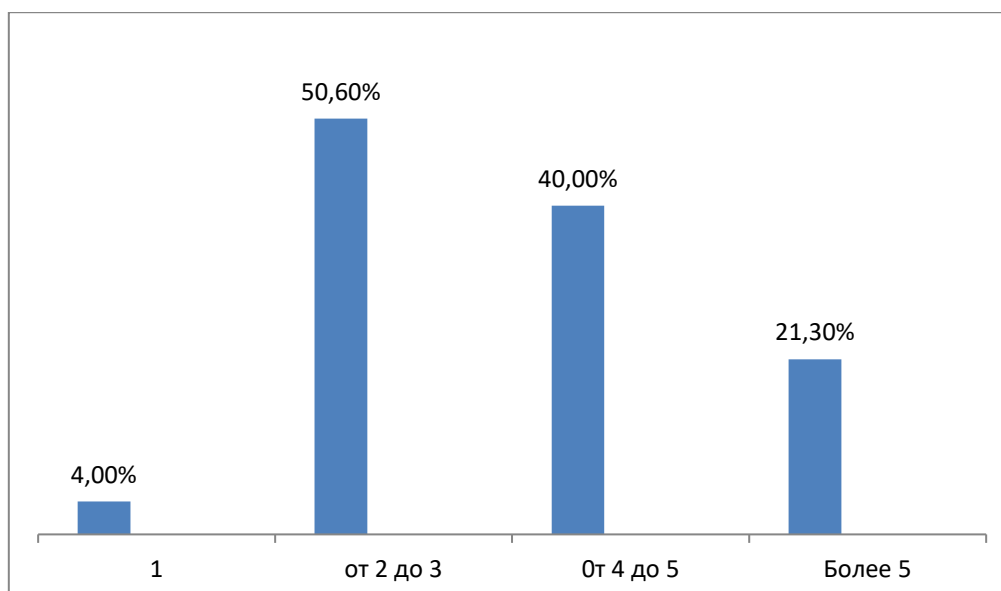


Рис. 6. – Результаты распределения респондентов при ответе на вопрос «Какое количество приемов пищи оптимально для Вас?».



Существенная часть опрошенных (73,3%) стремится использовать меры дополнительной физической нагрузки для своего организма. При этом количество тренировок в неделю может составлять 1-2 (21,3%), 2-3 (26,6%), 3-4 (14,6%) или более 4 (10,6%). На вопрос «Изнуряете ли вы себя тренировками», утвердительно ответили 26,6% опрошенных.

Важным являются отношения с пищей, понимание необходимости формирования разнообразного и полноценного рациона, осознание того факта, что не бывает абсолютно «запретных» продуктов питания. Оказалось, что примерно у половины опрошенных (50,6%) такой список продуктов, находящихся под запретом, все же имеется. К ним респонденты отнесли сладкое (21,3%), мучное (20%), добавки и заменители (32%), жирное (22,6%), алкоголь (1,3%). Часть подростков к таким продуктам отнесли даже совершенно необходимые для растущего организма молочные продукты (4%) и мясо (8%).

У части опрошенных (26,6%), по их мнению, имеются случаи расстройств пищевого поведения в семье, что может стать одной из предпосылок РПП у респондента (рис. 12) [11].

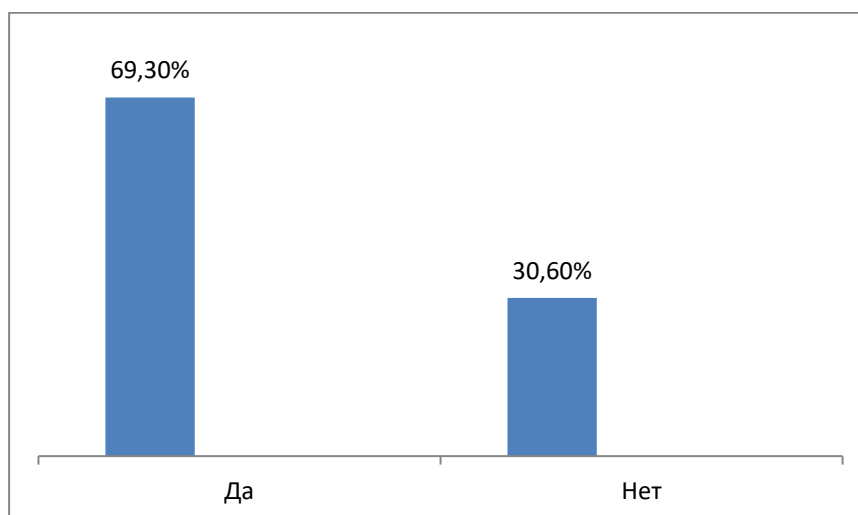


Рис. 12. – Результаты распределения респондентов при ответе на вопрос «Были ли в Вашей семье случаи расстройства пищевого поведения?».



Большая часть опрошенных (64%) имеет здоровый ли по мнению врачей вес, для возраста и роста. Столько же вовлеченных в опрос подростков утверждает, что они осведомлены на тему РПП.

Результаты исследования показали, что у большинства опрошенных (69,3%) имеется зависимость от того, что надето и как сидит на них одежда, что говорит о неадекватной оценке собственного тела (рис. 15) [11].

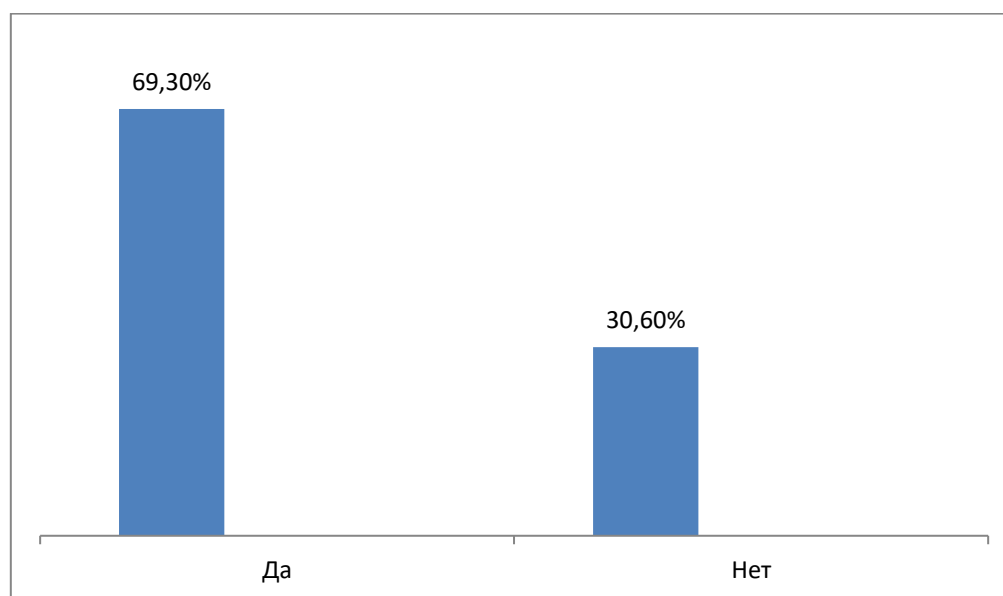


Рис. 15. – Результаты распределения респондентов при ответе на вопрос «Зависит ли Ваше настроение от того, как на Вас сидит одежда?».

Результаты исследования показали, что у большинства опрошенных (69,3%) в окружении присутствуют люди, подсчитывающие калории и ограничивающие себя в потреблении определенных продуктов, что может оказать влияние на пищевое поведение респондента (рис. 16).

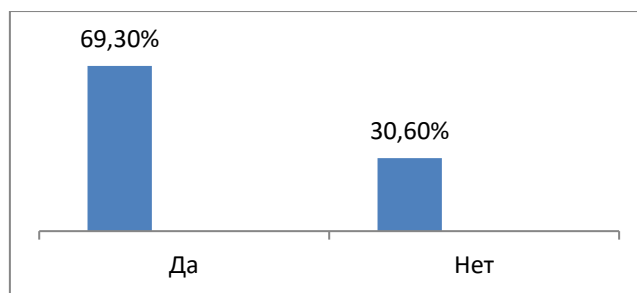


Рис. 16. – Результаты распределения респондентов при ответе на вопрос «Есть ли в Вашем окружении люди, подсчитывающие калории и ограничивающие себя в потреблении определенных продуктов?»

Результаты исследования показали, что у части опрошенных возникает желание вызвать рвоту после приема пищи (20%), что свидетельствует о высокой вероятности нарушения пищевого поведения, присутствии булимии (рис. 16) [12].

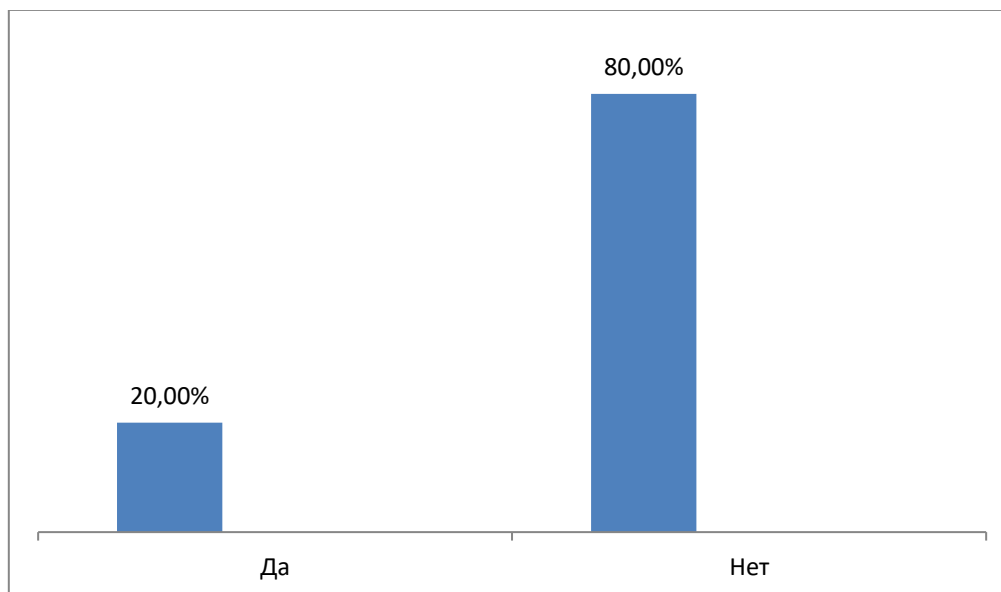


Рис. 17. – Результаты распределения респондентов при ответе на вопрос «Возникает ли у Вас желание вызвать рвоту после еды?».



Заключение

Проведенное анкетирование показало, что у некоторых опрошенных наблюдаются предпосылки к развитию РПП, такие как: нерегулярное питание, нездоровый вес, зависимость настроения от одежды, вызов рвоты после приема пищи. В семье и в окружении есть люди с РПП, что в последующем может привести к развитию расстройства у самого опрошенного. Необходимо активнее использовать все доступные средства просвещения (как очные встречи с подростками, так и разработку наглядных материалов, создание обучающих курсов, формирование групп поддержки в социальных сетях и по месту жительства) для продолжения работы по профилактике РПП у подростков.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Steinhausen H. C. Outcome of eating disorders // Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 2009. Т. 18. №. 1. С. 225-242.
2. Пичиков А. А. и др. Принципы оказания помощи девушкам-подросткам с расстройствами пищевого поведения и нарушениями образа тела: уроки пандемии COVID-19 // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени ВМ Бехтерева. 2021. Т. 55. №. 4. С. 106-112.
3. Суханова А. В., Холмогорова А. Б. Семейный контекст нарушений пищевого поведения у подростков: популяционное исследование родителей и обоснование задач психопрофилактики и психотерапии // Современная терапия психических расстройств. 2022. №. 1. С. 56-67.
4. Мовсисян К. Р. Влияние социальных сетей на формирование и развитие расстройств пищевого поведения // Северо-Кавказский психологический вестник. 2022. С. 15-27.
5. Castellini G. et al. Gut microbiota metabolites mediate the interplay between childhood maltreatment and psychopathology in patients with eating disorders // Scientific Reports. 2023. Т. 13. №. 1. С. 11753.



6. Dalile B. et al. The role of short-chain fatty acids in microbiota–gut–brain communication //Nature reviews Gastroenterology & hepatology. – 2019. – Т. 16. – №. 8. – С. 461-478.

7. Landini L. et al. Microbiota in anorexia nervosa: potential for treatment //Nutrition Research Reviews. 2023. Т. 36. №. 2. С. 372-391.

8. Тревожная и депрессивная симптоматика у пациентов с РПП, проживающих в сельской и городской местности / В. Г. Косенко, А. А. Скубак, Э. А. Коломиец [и др.] // Ошибки и заблуждения в психиатрии : материалы российской научной конференции, Ростов-на-Дону, 17 июня 2023 года / ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. Ростов-на-Дону, 2023. С. 71-73.

9. Vakumenko O. E. et al. Пищевой рацион – основа для разработки продуктов функционального питания // Food Processing Industry. – 2021. – №. 3. – р. 59-62], т.к. позволяет организовать сбалансированное питание [Верховых Е. В., Гирш Я. В. Комплексная программа лечения ожирения у подростков северных территорий: опыт и трудности // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – Т. 66. – №. 4. – С. 326-326.

10. К вопросу о правильном питании / Н. В. Савкина, И. В. Викторовна. // Наука. 2020. № 2(47) 2021.

11. Мыльникова Е.С., Князев В.М. Психологические предпосылки развития расстройств пищевого поведения // VI Международная (76 Всероссийская) научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения». 2020. С. 256-260.

12. Алекситимия как фактор нарушения пищевого поведения: анализ клинического случая / Кириллова Д.С., Константинова Ю.О. // Коллекция гуманитарных исследований. Электронный научный журнал. 2018. С. 71-79.



АРТ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД СОЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Лобанова Е. И.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – Кирина Ю. Ю.

Аннотация. В данной статье рассмотрена арт терапия как метод социальной коррекции больных шизофренией. Приведено преимущество арт терапии. Рассмотрена эффективность арт-терапии для пациентов с шизофренией в социальной, профессиональной и творческой сферах.

Ключевые слова: арт терапия, социальная коррекция, шизофрения, лечение, функционирование.

ART THERAPY AS A METHOD OF SOCIAL CORRECTION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Lobanova E. I.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Kirina Yu.Yu.

Abstract. This article examines art therapy as a method of social correction of patients with schizophrenia. The advantages of art therapy are given, and contraindications to this method of treatment are identified. The effectiveness of art therapy for patients with schizophrenia in a social, professional and creative sense is considered.

Keywords: art therapy, social correction, schizophrenia, treatment, functioning.



Актуальность

Основные задачи психотерапии при шизофрении - предотвратить самозамыкание и изоляцию пациента в обществе, снизить его социальную активность и реакции на болезнь и ситуации, связанные с лечением, сформировать критическое отношение к болезни и дереализовать психотические переживания, усилить антипсихотический эффект биологического лечения, подготовить к выписке и предотвратить госпитализацию. Ниже перечислены наиболее важные аспекты лечения психозов.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования является арт терапия как метод для социальной коррекции больных.

Методами исследования является повествовательный, описательный, сравнительный.

Цель исследования: изучить эффективность применения арт-терапии как одного из методов диагностики и психотерапевтической коррекции в работе с пациентами, страдающими шизофренией.

Результаты и обсуждения

Социальная дезадаптация - одна из проблем, возникающих у больных шизофренией. В лечении таких пациентов наряду с психофармакотерапией необходимо использовать психосоциальную терапию и реабилитацию.

Термин «арт-терапия» (art - искусство, arttherapy (буквально) - терапия искусством) широко распространен, особенно в англоязычных странах, и часто обозначает лечение пластическими и изобразительными искусствами, направленное на воздействие на психоэмоциональное состояние пациента. Термин «изотерапия» или «арт-терапия» также используется в российской психотерапевтической литературе, однако он не идентичен своему английскому аналогу и его значение несколько более узкое.



Первая монография, посвященная арт-терапии, вышла в России в 1926 году в книге П.И. Карпова «Творчество у душевнобольных и его влияние на развитие науки и техники», в которой проблема творческого самовыражения при психических заболеваниях рассматривается не только в медицинском, но и в историко-биологическом аспекте.

А.И. Копытин описывает благоприятную динамику симптоматики пациентов, позитивные изменения в личностном функционировании, формирование набора ценных жизненных навыков и потребностей в здоровье, обеспечение психосоциальной адаптации в результате исследования клинической системной арт-терапии психических расстройств. [1].

Г.Г. Шихоцева описывает опыт использования техник арт-терапии в группе психиатрических пациентов и отмечает следующие результаты терапии: повышение самооценки и доверия к арт-терапевту, формирование самостоятельности, активности и вовлеченности в процесс творческой деятельности, восстановление утраченных способностей [2].

П. Луццатто в своей книге приходит к выводу, что результаты сеансов арт-терапии не всегда понятны и очевидны как для пациента, так и для арт-терапевта [3].

О.А. Ионов (O.A. Ionov) утверждает, что, по результатам его исследований, уровень психосоциальной адаптации психиатрических пациентов повышается в процессе арт-терапии за счет улучшения саморегуляции, развития самопонимания, укрепления личностной автономии и формирования устойчивых социальных связей и систем интересов.

Арт-терапия вовлекает пациента в различные виды декоративно-прикладной деятельности (рисование, черчение, живопись, скульптура, дизайн, мелкая пластика, лепка, выпечка, тиснение, батик, гобелен, мозаика, фреска, витраж, различные поделки с использованием меха, кожи и ткани и др. Они



призваны активизировать общение с психотерапевтом и группой в целом, более четко и тонко выразить свои переживания, проблемы и внутренние противоречия, с одной стороны, и творчески самовыразиться - с другой.

Преимущества арт-терапии заключаются в возможности более глубокой. Рисунки и поделки могут отражать будущее и прошлое пациента, а также его сиюминутные мысли.

Арт-терапевтические группы, по сути, можно считать разновидностью групповой психотерапии, где изобразительное искусство используется в качестве основного инструмента и может иметь конкретные результаты.

Длительные занятия повышают уровень групповой коммуникации и способствуют сплоченности и солидарности группы. Группы обычно состоят из 8-10 человек. Активное участие в арт-терапии является обязательным условием для всех членов группы. Перед началом групповой работы всегда проводится специальная беседа, в ходе которой объясняется значение арт-терапии для функционирования группы. Противопоказаниями к участию в группе являются психомоторное возбуждение, нарушение сознания, тяжелая депрессия и упорный отказ пациента [4].

Было отмечено, что сеансы арт-терапии планируются дважды в неделю в одно и то же время, что позволяет пациентам самим планировать и строить свою деятельность.

Были предложены следующие материалы: альбомы для рисования, простые цветные карандаши, акварель, гуашь, цветные мелки и пластилин. Свободный выбор материалов - важная движущая сила арт-терапевтического процесса.

Также приветствуется и музыкальная терапия для больных шизофренией. Занятия направлены на развитие навыков межличностного общения и эмоционального самовыражения. Пациенты выбирают свой любимый



инструмент из списка подготовленных и используют его для взаимодействия между членами группы. С помощью инструментов пациенты выражают свои чувства, рассказывают о себе, ведут диалог и участвуют в групповых мелодиях. По окончании сеанса от участников можно услышать следующие комментарии: «Я лучше чувствую другого человека»; «Я лучше слушаю другого человека»; «Мне всегда хотелось перебить человека, с которым я веду диалог, но я снова убедился, что я лидер по натуре»; «Я чувствую подъем. Мне понравилось».

Каждая техника арт-терапии по-разному воспринимается и принимается членами группы. Кому-то необходимо побыть с собой наедине, и они охотно рисуют, сочиняют; другие стремятся к групповой поддержке и предпочитают занятия, направленные на тесное групповое взаимодействие, активное общение.

Таким образом, можно сделать вывод, что активные сеансы арт терапии способствуют улучшению самоконтроля, развитию коммуникативных и эстетических функций межличностного взаимодействия и сплоченности группы.

В процессе работы оценивалось эмоциональное состояние пациентов до и после арт-терапии: 90 % пациентов отметили улучшение настроения и общего состояния после психотерапии. Они отметили важность сеансов, на которых они могли выразить свое мнение и почувствовать себя «нужными», не подвергаясь осуждению со стороны окружающих. В ряде случаев (12 %) анализ рисунка пациента помог в проведении дифференциальной диагностики при постановке окончательного диагноза.

Таким образом, занятия арт-терапией в ходе психотерапевтических коррекционных мероприятий способствуют улучшению качества жизни пациента как в области физического, так и социального функционирования, повышают самооценку, открывают новые творческие способности, помогают вернуться к трудовой деятельности, преодолеть вялость и безынициативность,



ведут к более активной жизни. Формирование установок и содействие восстановлению навыков позитивного межличностного взаимодействия.

Творческий опыт, самоанализ и развитие новых навыков и способностей позволяют пациентам более активно и самостоятельно участвовать в общественной жизни, расширяют их социальный и профессиональный выбор. Развитие творческого потенциала человека способствует повышению его способности принимать решения и строить свою жизнь более успешно.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности арт-терапии для пациентов с шизофренией. Они становятся более сговорчивыми, облегчается их взаимодействие с окружающими людьми.

Таким образом, арт-терапия и ее различные методы, и инструменты могут быть рекомендованы для психотерапии с целью улучшения социального функционирования пациентов с шизофренией.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Копытин А.И. Применение арт-терапии в лечении и реабилитации больных с психическими расстройствами // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2021. N 2. URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2021_2_13/nomer/nomer04.php (дата обращения: 20.09.24).

2. Шиховцева Г.Г. Саморазвитие личности в арт-терапии пациентов психиатрического стационара // Арт-терапия в психиатрической практике: материалы науч.-практ. конф. (Москва, нояб. 2021 г.) / Департамент здравоохранения г. Москвы, психиатр. клинич. больница № 1 им. Н.А. Алексеева, Регион. обществ. орг. «Клуб психиатров»; под ред. А.Л. Шмиловича, Е.А. Загряжской. М.: 4ТЕ Арт, 2023. 280 с.: ил. С. 52 - 58.



3. Арт-терапия в условиях современных вызовов // Акименко Г.В., Белеза Е.В., Бергер Р., Боровикова З.В., Головки О.В., Голоденко О.Н., Гукина Л.В., Зыкова С.О., Иванова А.В., Изосимова С.А., Карпендейл М.Д., Капица А.А., Кара Ж.Ю., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Кувшинов Д.Ю., Кутлер К.А., Ладущкин С.И., Лопатин А.А., МакНифф Ш. и др. Москва, 2023.

4. Ионов О. А. Арт-терапия в комплексной реабилитации психически больных. Автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук. М: ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, 2023. 28 с.

СИНДРОМ КАПГРА КАК ПОЛИЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Лукашов В. В., Горбачев М. Д.

Кафедра психиатрии и наркологии

*ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия» Министерства обороны
Российской Федерации, Россия, г. Санкт-Петербург*

Научный руководитель – младший научный сотрудник Вмеда Вирко В. А.

Аннотация. В данной статье рассматривается синдром Капгра – неспецифическое психопатологическое явление, разновидность синдрома бредовой неверной идентификации, при котором пациент либо убежден в том, что его близкие заменены двойниками, либо признаёт в незнакомцах родственников или друзей. При анализе нозологической единицы отмечается её полиэтиологичность, возможность формирования как на почве нейродегенеративных, так и эндогенных и психоорганических заболеваний. Также отмечается широкий спектр возможных клинических проявлений. Дальнейшее изучение патофизиологии данного синдрома необходимо для лучшего понимания цитоархитектонических нарушений коры головного мозга, локализаций патологического процесса и формирования клинических проявлений различных психиатрических и неврологических заболеваний.



Ключевые слова: Синдром Капгра; Синдром Фреголи; синдромы неузнавания; бредовое расстройство

CAPGRAS SYNDROME AS A POLYETHOLOGICAL PSYCHOPATHOLOGY

Lukashov V. V., Gorbachev M. D.

Department of Psychiatry and Narcology

Military Medical Academy, Russia, St. Petersburg

Scientific supervisor – junior researcher at Vmed Virko V.A.

Abstract. This article discusses Capgras syndrome, a non-specific psychopathological phenomenon, a type of delusional misidentification syndrome in which the patient is either convinced that his loved ones have been replaced by doppelgangers, or recognizes relatives or friends in strangers. When analyzing the nosological unit, its polyethologicity is noted, the possibility of formation both on the basis of neurodegenerative and endogenous and psycho-organic diseases. There is also a wide range of possible clinical manifestations. Further study of the pathophysiology of this syndrome is necessary for a better understanding of cytoarchitectonic disorders of the cerebral cortex, localization of the pathological process and the formation of clinical manifestations of various psychiatric and neurological diseases.

Keywords: Capgras syndrome; Fregoli syndrome; misidentification syndromes; delusion

Введение

В 1923 году французский психиатр Жозеф Капгра совместно со своим коллегой Ребуль-Лашо, описал Мадам М, француженку, находившуюся на протяжении десяти лет в состоянии психоза и неоднократно сообщавшую в полицию о том, что её муж, родственники и друзья заменены самозванцами.



Женщина также была убеждена, что существует двойник ее самой. Впервые этот клинический случай был опубликован в книге 'L'illusion des sosies dans un delire systematise chronique' [17]. Авторы назвали этот синдром «l'illusion des sosies», что переводится как «иллюзия двойников», однако такое название нозологической единицы с точки зрения психиатрии являлось некорректным, поэтому впоследствии заболевание получило имя своего исследователя. С этого момента началось изучение научным сообществом синдрома Капгра.

Объект и методы исследования

Объект исследования – этиология и клиническая картина синдрома Капгра как нозологической единицы. Проводился анализ данных из зарубежных литературных источников и научных статей, а также находящейся в открытом доступе документации о синдроме Капгра. Поиск и анализ научных публикаций осуществлялся по ключевым словам: «Capgras syndrome»; «Fregoli syndrome»; «misidentification syndromes»; «delusional disorder». в электронных базах PubMed, Medline, Web of Science, e-Library, других научных зарубежных ресурсах.

Результаты

Синдром Капгра, или бред ложного узнавания – психопатологическое явление, при котором пациент либо убеждён, что кто-то из его окружения был заменён двойником (симптом отрицательного двойника), либо когда он узнаёт в незнакомце родственника или близкого человека (симптом положительного двойника).

Помимо этого, существуют и другие варианты проявления синдрома бредовой неверной идентификации – их описал и систематизировал Г.Н. Христодулу в 1986 году в книге «Delusional Misidentification Syndromes». Так, к примеру, двойник может быть и у самого пациента – синдром собственных двойников, описанный ещё первооткрывателями Капгра и Ребуль-Лашо, является вариацией данной психопатологии. Также в пул клинических



проявлений синдрома бредовой неверной идентификации входит патологическое убеждение пациента в том, что некое лицо (симптом Фреголи) или группа лиц (бред интерметаморфозы) постоянно меняют свой облик, чаще всего преследуя пациента, с целью остаться незамеченными жертвой. Преследователь может принимать облик как человека, так и животного или неодушевленного объекта.

При этом психопатология крайне разнообразна в своих проявлениях: Блейхер в своём толковом словаре психиатрических терминов ссылается на Лаврецкую Э.Ф., которая описала синдром «мертвецов» и «уродов» - специфический вид синдрома Капгра. При симптоме «мертвецов» пациент узнаёт в окружающих давно умерших людей, а при симптоме «уродов» лица окружающих воспринимаются как уродливые, искаженные, непропорциональные, «плоские», «четырёхугольные» и т.д. [4, С. 1173]. Предвестником дебюта может стать такое явление как синдром Фоли или аутопрозопагнозия, проявляющаяся нарушением узнавания больным собственного лица в зеркале при сохранении этой способности в отношении других лиц. Больные могут принять свое отражение за постороннего человека, собеседника, и даже испугаться его присутствия [1].

Первоначально, в связи с тем, что большинство клинических случаев сопровождались явлениями психического автоматизма, природа заболевания не вызывала вопросов у научного сообщества. Однако всё изменилось, после того как в 1978 года Александер с соавторами обнаружил морфологическую основу заболевания и отметил, что развитие вышеописанной симптоматики коррелирует с повреждением правого полушария коры головной мозга, а также лобных долей [15]. Таким образом, природа заболевания могла иметь не только эндогенное, но и органическое происхождение.



На данный момент синдром Капгра́ описан при множестве неврологических заболеваний: внутримозговом кровоизлиянии, при массивном субарахноидальном кровоизлиянии, некротическом энцефалите, рассеянном склерозе, эпилепсии, опухоли гипофиза, тяжелой черепно-мозговой травме, ВИЧ-энцефалопатии, алкогольной энцефалопатии, интоксикации литием, метамфетаминовой интоксикации, мигрени. Однако чаще всего синдром Капгра́ отмечается при развитии нейродегенеративных патологий, протекающих с синдромом деменции - при деменции с тельцами Леви, деменции при болезни Паркинсона и болезни Альцгеймера [1].

Самая высокая частота синдрома Капгра́ отмечена при деменции с тельцами Леви – в 56-68% случаев, а в немногочисленных случаях развития синдрома Капгра на фоне болезни Альцгеймера, когда диагноз был верифицирован патоморфологически, на аутопсии обнаруживались тельца Леви, по меньшей мере, как компонент смешанного дегенеративного процесса. Следует отметить, что и другие синдромы нарушения идентификации при деменции с тельцами Леви наблюдаются существенно чаще, чем при других формах деменции [1].

Корреляции между вышеуказанными заболеваниями и различными клиническими картинами синдрома Капгра́ отсутствует – симптоматика при психических и неврологических заболеваниях практически идентична и не является хоть сколько-нибудь специфичной.

Теоретически, на данный момент, идентификация лица состоит из двух нейрофизиологических механизмов: за эксплицитное (осознанное) узнавание отвечает вентральный зрительный путь, проходящий от зрительной корковой зоны к височным долям и обеспечивающий распознавание человека, а также отвечающий за связь биографической информации о человеке и непосредственно изображением человека. Отдельное место в распознавании лиц



занимает веретенообразная (фузиформная) извилина, также известная как боковая затылочно-височная извилина, являющаяся одним из ключевых звеньев в механизме передачи информации, связанной с распознаванием лиц. Длительное время считалось, что именно повреждение фузиформной извилины является этиологией синдрома Капгра, однако на данный момент это лишь одна из причин его формирования.

Эмоциональное же восприятие лица обеспечивает дорсальный зрительный путь, который идет от зрительной коры через нижнюю теменную долю мозга к лимбической системе [9]. Это объясняет тот факт, что синдром Капгра сопровождается выраженной аффективной симптоматикой, а ключевой фигурой в бредообразовании являются ближайшие для пациента люди.

Стоит также отметить, что при проведении позитронно-эмиссионной томографии у больных болезнью Альцгеймера с синдромом Капгра было выявлено снижение метаболизма в паралимбических структурах (орбито-фронтальная и поясная области коры) билатерально, а также в медиальном отделе левой височной доли - при нормальной функции сенсорной ассоциативной коры (верхний отдел височной доли и нижний отдел теменной доли) [13].

С точки зрения нейротрансмиттерных систем процесс малоизучен. Усиление активности дофаминергической и серотонинергической систем на фоне недостаточности холинергической может приводить к дебюту синдрома Капгра, об этом свидетельствуют случаи его возникновения у пациентов с болезнью Паркинсона на фоне приёма леводопы и тригексифенидила. Подобным же образом действует усиление дофаминергической стимуляции мезолимбической системы, однако очевидно, что это не является основным патогенетическим механизмом. Подводя итог попытке определить точную локализацию патологического процесса, можно заявить, что в процессе



идентификации лица задействовано множество структур головного мозга, от префронтальной коры лобной доли до лимбических и паралимбических структур, взаимосвязанных ассоциативными цепями нейронов. Поэтому любое заболевание, вызывающее повреждение головного мозга, потенциально является причиной развития синдрома Капгра, будь то эндогенный процесс, нейродегенеративное заболевание или механическая травма.

Эпидемиологические данные неоднозначны: в то время, как одно исследование указывает на то, что синдром Капгра развивается у менее чем 1% пациентов психиатрических клиник [12], другие авторы указывают, что распространенность заболевания при всех психических состояниях составляет от 1,3% до 4,1% и около 3% для госпитализированных пациентов с психозом [11]. Анализ 260 клинических случаев, сопровождающихся неправильной идентификации, показал, что у 174 (66,9%) пациентов был диагностирован синдром Капгра. Несмотря на то, что у 73% из них была диагностирована шизофрения, и только у 26,4% - деменция, сообщалось, что приблизительно в 25-40% случаев развития синдрома Капгра у пациентов имелось органическое поражение головного мозга [14]. Это ещё раз указывает на полиэтиологичность заболевания и возможность его развития при совершенно различных психопатологиях.

Несмотря на схожесть синдрома Капгра с прозопагнозией, дифференциальная диагностика может помочь быстро выявить конкретную патологию. При прозопагнозии нарушено узнавание всех лиц, в том числе знаменитостей, членов семьи, медперсонала и т.д., в то время как при синдроме Капгра нарушена идентификация лица только того человека, с которым пациента связывает сильный аффект (супруг, родитель). Также синдром Капгра сочетается с галлюцинациями, характеризуется депрессивной симптоматикой и осцилляцией клинических проявлений. Помимо этого, при назначении



антипсихотической терапии в случае развития синдрома Капгра возможен различной степени регресс симптоматики, в то время как при прозопагнозии данное лечение эффекта не возымает. Информирование медицинского персонала о различиях в нозологиях и их дифференциальной диагностики является категорически важной задачей и является основой для повышения качества мониторинга и диагностики заболеваний [3; 5; 8].

Систематизированная схема терапии синдрома Капгра не разработана, поскольку его этиология может быть различна. Пациентам с психотическими обычно назначаются атипичные антипсихотики из-за снижения риска неблагоприятных неврологических эффектов. К примеру исследование, проводимое Беллом и др., в ходе которого было рассмотрено 84 клинических случая синдрома бредовой неверной идентификации, показало наибольшую эффективность лечения при назначении оланзапина, рисперидона и арипипразола [10]. Об эффективности оланзапина также указывается в отчете Торалеса и др. [16].

В случае развития у пациентов синдрома Капгра на фоне других нозологий, к примеру на прогрессирующих деменций, такой как деменция с тельцами Леви, ингибиторы холинэстеразы продемонстрировали некоторую способность снижать выраженность симптоматики. В связи с этим категорически важно проводить дифференциальную диагностику и выявлять первопричину развития нозологии, поскольку дальнейшее лечение зависит именно от этого.

Заключение

Подводя итог, синдром бредовой неверной идентификации и синдром Капгра, в частности, как самое распространённое его клиническое проявление, являются неспецифическими проявлениями многочисленных психиатрических и неврологических заболеваний. Этиотропное лечение невозможно в связи



полиэтиологичностью данной нозологической единицы, поэтому категорически важно проводить дифференциальную диагностику с целью обнаружить первопричину её возникновения. Его дальнейшее изучение необходимо для лучшего понимания физиологии и патофизиологии центральной нервной системы, изучения функций как отдельных структур, так и внутренних сетей мозга, что способно приблизить научное сообщество к пониманию причин возникновения психиатрических и неврологических заболеваний [2; 6; 7].

Источники и литература / Sources and referens:

1. Аникина М.А., Левин О.С. Синдром Капгра / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2013. №113(7-2). С.18-24.
2. Емельянов В. Н., Сысоев А. Е., Шевченко В. А. Усовершенствование мотивации работы медицинских специалистов на основании системного подхода // Клиническая патофизиология. 2017. Т. 23, № 4. С. 94-96.
3. Емельянов В.Н. Кузин А. А., Зобов А. Е. [и др.] Эпидемиологическая оценка заболеваемости болезнями органов дыхания в образовательных организациях при помощи специализированного программного обеспечения // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2023. № 2. С. 32-36.
4. Крук И.В., Блейхер В.М. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж: НПО «Модэк», 1995.
5. Кузин А. А., Емельянов В. Н., Губанов А. П. [и др.] Новое программное обеспечение для эпидемиологического мониторинга заболеваемости военнослужащих курсантов // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2018. № S1. С. 92-93.
6. Улюкин И. М., Емельянов В. Н., Болехан В. Н. [и др.] Эмпатия как профессионально важное качество в условиях образовательного процесса // Современные научные и образовательные стратегии в общественном здоровье: Российская научно-практическая конференция, Санкт-Петербург, 16–17 марта



2018 года. Санкт-Петербург: Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, 2018. С. 176-181.

7. Улюкин И. М., Емельянов В. Н., Болехан В. Н. [и др.] Эмпатия как составляющая диалогового общения в процессе передачи новой информации // Известия Российской военно-медицинской академии. 2017. Т. 36, № 2. С. 23-30.

8. Чеверев В. А., Емельянов В. Н., Киркитадзе Г. Д. [и др.] Разработка программно-аппаратного устройства для системы мониторинга в телемедицине // Ученые записки УлГУ. Серия: Математика и информационные технологии. 2021. № 2. С. 75-81.

9. Barrel A., Luaute J.-P. Capgras Syndrome and other delusional misidentification syndromes // Frontiers of neurology and neuroscience. 2018. Issue 42. P. 35-43. DOI: 10.1159/000475680

10. Bell V., Marshall C., Kanji Z., Wilkinson S., Halligan P., Deeley Q. Uncovering Capgras delusion using a large-scale medical records database // British Journal of Psychiatry Open. 2017. Issue 3(4). P. 179–185. DOI: 10.1192/bjpo.bp.117.005041

11. Khouzam H.R. Capgras syndrome responding to the antidepressant mirtazapine // Comprehensive Therapy. 2002. Issue 28(3). P. 238-240.

12. Mazzone L., Armando M., De Crescenzo F., Demaria F., Valeri G., Vicari S. Clinical picture and treatment implication in a child with Capgras syndrome: a case report // Journal of Medical Case Reports. 2012. Issue 6. P. 406.

13. Mentis M.J., Weinstein E.A., Horwitz B. et al. Abnormal brain glucose metabolism in the delusional misidentification syndromes: a positron emission tomography study in Alzheimer disease // Biological Psychiatry. 1995. Issue 38. P. 438-449.



14. Salvatore P., Bhuvanewar C., Tohen M., Khalsa H.M., Maggini C., Baldessarini R.J. Capgras' syndrome in first-episode psychotic disorders // Psychopathology. 2014. Issue 47(4). P. 261-269. DOI: 10.1159/000357813.
15. Stuss D.T., Alexander M.P., Lieberman A., Levine H. An extraordinary form of confabulation // Neurology. 1978. No. 28. P. 1166-1172.
16. Torales J., Rodriguez H., Arce A., Moreno M., Riego V., Chavez E., Capurro M. Olanzapine in the treatment of Capgras Syndrome: A case report. // International Journal of Culture and Mental Health. 2014. Issue 7(2). P. 224–228.
17. Ventriglio A., Bhugra D., De Berardis D., Torales J., Castaldelli-Maia J.M., Fiorillo A. // Capgras and Fregoli syndromes: delusion and misidentification, International Review of Psychiatry. Vol. 32. Issue 5-6. P. 391-395. DOI: 10.1080/09540261.2020.1756625

**ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ
НА РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ И СПОСОБНОСТИ
К ЭМПАТИИ У ПОДРОСТКОВ**

Мальцева С. И. Павлова Д. Ю.

*Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»,
Россия, г. Красноярск*

Аннотация. В статье исследуется влияние интернет-зависимости на развитие социальных навыков и способности к эмпатии у подростков. В работе анализируются существующие исследования, демонстрирующие взаимосвязь между чрезмерным использованием интернета и негативными изменениями в поведении и межличностных отношениях подростков. Рассматривается, как интернет-зависимость может привести к дефициту социальных навыков, затруднению установления и поддержания реальных контактов, а также к снижению способности понимать и сопереживать чувствам других людей.



Акцентируется внимание на важности ранней диагностики и профилактики интернет-зависимости, а также на необходимости разработки стратегий, направленных на развитие социальных навыков и эмпатии у подростков с признаками интернет-зависимости.

Ключевые слова: интернет-зависимость, подростковый возраст, эмпатия, социальные навыки, коммуникация

STUDY OF THE IMPACT OF INTERNET ADDICTION ON THE DEVELOPMENT OF SOCIAL SKILLS AND EMPATHY CAPACITY IN ADOLESCENTS

Maltseva S. I.

*Siberian Institute of Business, Management and Psychology,
Russia, Krasnoyarsk*

Abstract. The article examines the impact of Internet addiction on the development of social skills and empathy in adolescents. The paper analyzes existing studies demonstrating the relationship between excessive Internet use and negative changes in behavior and interpersonal relationships in adolescents. It examines how Internet addiction can lead to a deficit in social skills, difficulty establishing and maintaining real contacts, and a decrease in the ability to understand and empathize with the feelings of others. The article emphasizes the importance of early diagnosis and prevention of Internet addiction, as well as the need to develop strategies aimed at developing social skills and empathy in adolescents with signs of Internet addiction.

Keywords: internet addiction, adolescence, empathy, social skills, communication



Введение

Вступление в мир цифровых технологий, несомненно, принесло множество преимуществ, но вместе с тем породило новые вызовы, один из которых - интернет-зависимость. Эта проблема приобретает особую актуальность среди подростков, чья жизнь все больше интегрируется с виртуальным пространством. Современные подростки растут в окружении гаджетов, их социальная жизнь, образование, развлечения - все пронизано цифровыми технологиями. Несмотря на очевидные плюсы, такая тесная связь с интернетом таит в себе серьезные риски.

Интернет-зависимость, также известная как «интернет-аддикция», — это патологическое влечение к онлайн-среде, которое приводит к негативным последствиям в жизни человека. Она проявляется в неконтролируемом использовании интернета, отвлечении от повседневных обязанностей, потере интереса к реальным взаимоотношениям и ощущении беспокойства при отсутствии доступа к сети. По мере развития зависимости она начинает оказывать разрушительное влияние на физическое, психическое и социальное здоровье подростков.

Интернет-зависимость — это чрезмерное, неконтролируемое использование интернета, которое приводит к значительным негативным последствиям в личной, социальной и профессиональной жизни. В отличие от простого увлечения интернетом, интернет-зависимость характеризуется неспособностью отказаться от использования сети даже при значительном негативном влиянии на разные сферы жизни.[3]

Актуальность исследования интернет-зависимости среди подростков обусловлена рядом факторов. Во-первых, статистика показывает удручающий рост числа подростков, страдающих от этой проблемы. Во-вторых, последствия интернет-зависимости многообразны и тяжелы: они включают в себя нарушения



сна, снижение успеваемости, проблемы в общении с родителями и друзьями, повышенный риск развития депрессии и тревожности. В-третьих, недостаток исследований в этой области оставляет многие вопросы без ответа. Как выявить признаки интернет-зависимости на ранней стадии? Какие методы профилактики и лечения являются наиболее эффективными? Ответы на эти вопросы крайне важны для того, чтобы помочь подросткам избежать пагубных последствий интернет-зависимости и сделать их жизнь более полноценной.

Исследование интернет-зависимости среди подростков - это важная задача, которая поможет понять причины развития зависимости, выявить ее влияние на физическое и психическое здоровье подростков, а также разработать эффективные методы профилактики и лечения.

Причинами возникновения интернет-зависимости у подростков могут быть следующие факторы:

1. Личностные факторы, такие как низкая самооценка: интернет может предлагать подросткам иллюзию контроля, успеха и признания, чего им не хватает в реальной жизни. Интернет может служить способом отвлечения от негативных эмоций и проблем в реальной жизни.

2. Семейные факторы. Например, подростки, не получающие достаточно внимания и поддержки от родителей, могут искать компенсацию в виртуальном мире. Конфликты в семье, а также слишком строгие или, наоборот, слишком попустительские правила могут способствовать развитию зависимости.

3. Социальные факторы:

Современная культура поощряет активное использование интернета, что может вести к чрезмерному времяпровождению в сети. К тому же сами социальные сети могут способствовать развитию зависимости из-за постоянного стремления к одобрению и удовлетворению потребности в социальной принадлежности.[1]



Важно отметить, что причины интернет-зависимости могут быть различными и часто комбинируются друг с другом. Поэтому важно уделять внимание каждому случаю индивидуально и использовать комплексный подход к лечению зависимости.

Таким образом, интернет-зависимость является серьезной проблемой, которая может оказывать негативное влияние на развитие социальных навыков и способности к эмпатии у подростков, это обуславливает актуальность данной темы. Важно уделять внимание предупреждению и лечению зависимости от интернета.

Объекты и методы исследования

1) Тест на интернет-зависимость, IAT (Автор: Kimberley Young, 1995
Адаптация: В. А. Лоскутова, 2000)

2) Опросник умения взаимодействовать с людьми (Автор: D. Buhrmester et al., 1988)

3) Опросник эмоциональной эмпатии, EETS (Авторы: А. Mehrabian, N. Epstein, 1972. Адаптация: Ю. М. Орлов, Ю. Н. Емельянов, 1986)

Исследование проводилось на базе 55 учащихся 11-х классов, добровольно предоставивших информацию. В рамках исследования были сформированы две группы по 20 человек каждая.

Опрос проводился в открытом формате с использованием онлайн-ресурсов и платформы Google Forms. Все полученные данные хранятся в конфиденциальном режиме, что гарантирует анонимность и безопасность участников.

Результаты исследования

Опрос, проведенный среди подростков, выявил следующие данные по интернет-зависимости:



- 14 человек (35 %) страдают от интернет-зависимости. Они проводят чрезмерное количество времени в интернете, испытывая при этом трудности с контролем над своим поведением и испытывая сильную потребность в онлайн-активностях, несмотря на негативные последствия для их жизни, учебы, отношений и здоровья.

- 6 человек (15 %) находятся в зоне риска развития интернет-зависимости. Это молодые люди, которые демонстрируют определенные признаки, указывающие на предрасположенность к чрезмерному использованию интернета и потенциальные проблемы с контролем над своим поведением в онлайн-среде.

- 20 человек (50 %) не имеют интернет-зависимости. Они, в свою очередь, используют интернет в умеренных количествах и умеют контролировать свое время, проводимое онлайн.

Наглядно результаты тестирования продемонстрированы на рисунках 1 и 2.

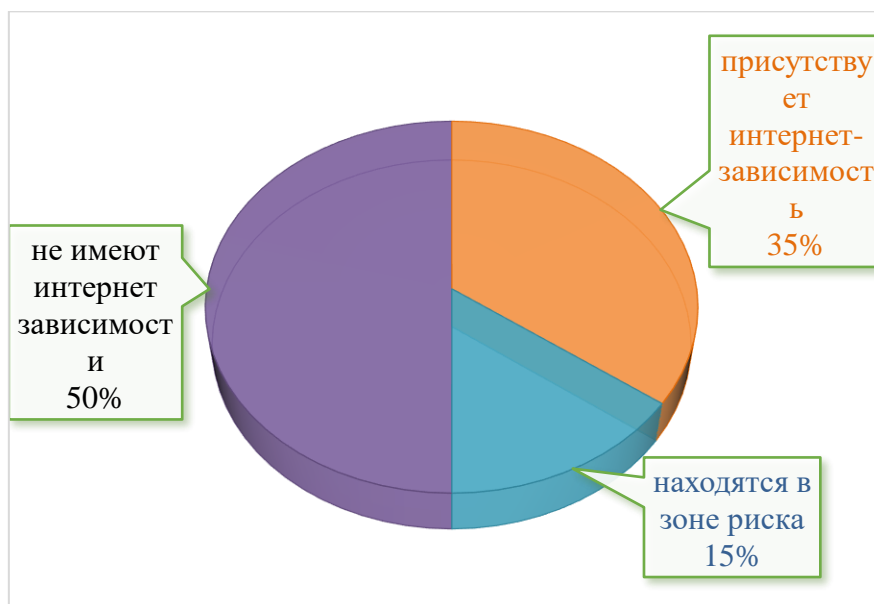


Рис. 1. – Результаты тестирования подростков по методике «Тест на интернет-зависимость, IAT».



По результатам следующего опросника были получены данные о умении взаимодействовать с людьми (рисунок 2).

Исследование показало интересную взаимосвязь между интернет-зависимостью и склонностью к социальному взаимодействию у подростков. В группе, демонстрирующей высокие показатели интернет-зависимости, наблюдается явная тенденция к замкнутости и трудностям в установлении контактов с окружающими. Из 16 участников, 11 человек продемонстрировали низкие баллы по шкалам «Инициация отношений» и «Степень открытости», что свидетельствует о неуверенности в себе и боязни идти на контакт, открываться другим. Пять подростков из этой группы показали средние результаты по этим шкалам, что говорит о наличии определенных навыков в общении, но также о некоторых затруднениях или застенчивости в процессе знакомства и общения. Лишь четверо из этой группы продемонстрировали высокие баллы, что характеризует их как коммуникабельных и открытых к социальным взаимодействиям.

В противоположность этому, среди подростков, не имеющих интернет-зависимости, наблюдается значительно более позитивная картина. Три человека из этой группы продемонстрировали низкие баллы по шкалам «Инициация отношений» и «Степень открытости», что соответствует затруднениям в контактах. Семь участников имели средние показатели, что можно интерпретировать как определенную степень вовлеченности в взаимодействие с людьми, но с некоторыми затруднениями. Однако, десять подростков из этой группы получили высокие баллы, что говорит об их уверенности в себе, высокой степени коммуникабельности и открытости к социальным взаимодействиям.

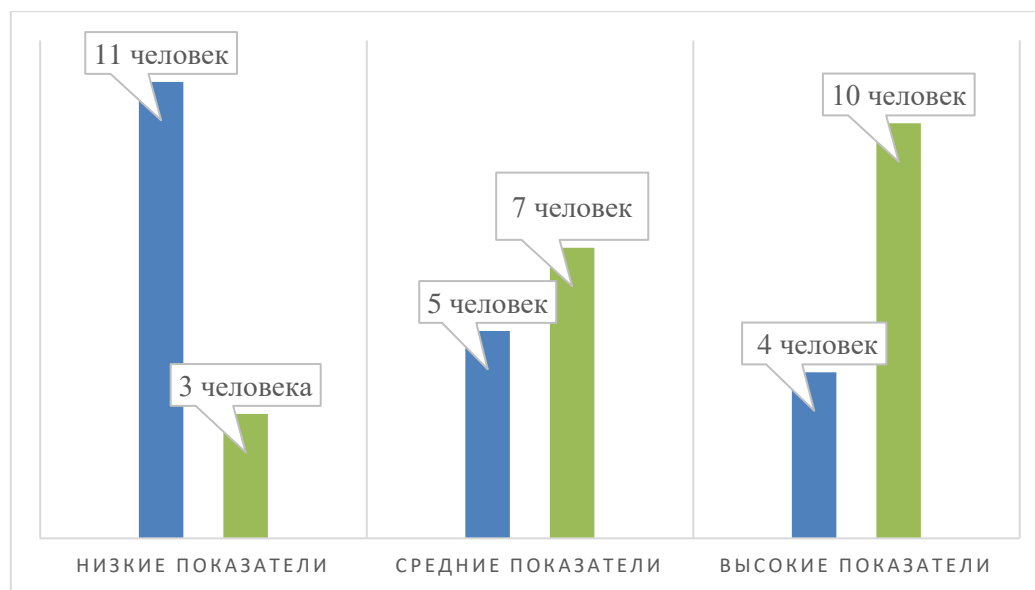


Рис. 2. – Результаты тестирования подростков по методике «Опросник умения взаимодействовать с людьми».

По шкале эмоциональная поддержка также оказалось, что подростки без интернет-зависимости более эмпатичны. Хотя подростки имеющие признаки интернет-зависимости продемонстрировали большую эмоциональность и готовность к конфликтам. Подростки, страдающие от интернет-зависимости, часто испытывают трудности с эмпатией по отношению к себе. Заикленность на виртуальном мире затуманивает их восприятие собственных чувств, и они не замечают опасности своего поведения [4]. Они могут отрицать наличие проблемы, считая свою зависимость несерьезной или не заслуживающей внимания. Такое отсутствие эмпатии к себе препятствует признанию зависимости и поиску помощи.

Кроме того, у подростков с интернет-зависимостью может наблюдаться снижение эмпатии к окружающим. Погружение в виртуальный мир отчуждает их от реального общения, делает их менее чувствительными к эмоциональным нуждам других людей. Они могут проявлять безразличие к чувствам близких, не замечать их волнения и страдания, связанные с их зависимостью.



Эти данные подтверждают гипотезу о взаимосвязи между интернет-зависимостью и трудностью в социальном взаимодействии у подростков. Можно предположить, что избыточное времяпрепровождение в виртуальном мире ведет к снижению социальных навыков и уверенности в себе, что, в свою очередь, может усугублять проблему интернет-зависимости.

Заключение

Интернет-зависимость оказывает значительное влияние на развитие социальных навыков и способность к межличностному взаимодействию у подростков. Вместо реального общения с другими людьми, зависимые от интернета подростки проводят большую часть своего времени в виртуальном мире, что приводит к ограничению их социального опыта и снижению навыков общения.

- Подростки, зависящие от интернета, могут испытывать меньшую мотивацию к реальному общению, так как виртуальный мир предлагает им более простой и удобный способ взаимодействия.
- Чрезмерное времяпровождение в онлайн-среде отнимает время, которое можно было бы потратить на реальное общение с друзьями и семьей.
- Снижение способности к эмпатии, так как в виртуальном мире у подростков может развиваться ощущение отстраненности от реальных эмоций и переживаний других людей.
- Онлайн-общение часто характеризуется более агрессивным стилем и отсутствием невербальных сигналов. Это может привести к неумению решать конфликты в реальной жизни. [2, 4]

В итоге, зависимость от интернета может привести к тому, что подростки будут чувствовать себя неуверенно в реальных социальных ситуациях, испытывать трудности в объяснении своих мыслей и чувств, а также им будет сложно понимать и сопереживать другим людям. Это может отрицательно



повлиять на их учебную деятельность, отношения с друзьями и семьей, а также на их профессиональное будущее.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Березина, В. А. Интернет-зависимость старшеклассников в контексте исследования личностных качеств / В. А. Березина, А. А. Шаров // Прогнозирование профессионального будущего молодежи в условиях цифровой экономики: материалы Всероссийской научно-практической конференции, Первоуральск, 12 марта 2020 г. Екатеринбург: Издательство РГППУ, 2020. С. 241-247.
2. Мухидова Г.Х. Патофизиологические и психологические особенности компьютерной-зависимости у подростков // Scientific progress. 2022. №4.
3. Шахов, Л. М. Положительное и негативное влияние интернета на социализацию молодежи / Л. М. Шахов // Социально-экономические и демографические аспекты реализации национальных проектов в регионе: сборник статей X Уральского демографического форума: в 2-х т. Том II. - Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2019. С. 429-435.
4. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения // Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022.



**ОТНОШЕНИЕ К ЗОЖ ПЕРВОКУРСНИКОВ И ВЫПУСКНИКОВ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Мамедова Л. Э., Мамедов Ф. Э.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к. психол. н., доцент Валиуллина Е. В.

Аннотация. В статье представлены результаты исследования отношения к своему здоровью студентов Кемеровского государственного медицинского университета. В выводах указано, что в исследуемой группе значимая часть студентов (и первокурсников и студентов выпускных курсов) принимают меры для поддержания здоровья и знают такие параметры своего здоровья, как вес, рост, уровень артериального давления и т.д.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, профилактика, здоровье, студенты, исследование.

**ATTITUDE TOWARDS HEALTHY LIFESTYLE OF FIRST-YEAR
STUDENTS AND GRADUATES OF MEDICAL UNIVERSITY**

Mamedova L. E., Mamedov F. E.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Associate Professor Valiullina E. V.

Abstract. The article presents the results of a study of the attitude to their health of students at the Kemerovo State Medical University. The conclusions indicate that in the study group, a significant portion of students (both first-year and final-year students) take measures to maintain their health and know such parameters of their health as weight, height, blood pressure, etc.

Keywords: healthy lifestyle, prevention, health, students, research.



Традиционно под здоровым образом жизни (ЗОЖ) понимают такой образ жизни, который направлен на профилактику различных заболеваний, а также укрепление своего организма с помощью следующих составляющих: рационального питания, регулярного занятия спортом, категорического отказа от вредных привычек.

Вопросам здорового образа жизни посвящено немало исследований в различных аспектах: взаимообусловленность качества жизни и социально здорового поведения [7], социального управления ЗОЖ [6], значимость здорового питания [8], здоровый образ жизни в студенчестве [1], а также различные аспекты сохранения и поддержания психологического здоровья личности в молодом возрасте [2, 3, 4, 9].

К факторам, составляющим здоровый образ жизни принято относить: правильное здоровое питание; повышенную физическую нагрузку; отказ от вредных привычек; гигиену и чистоплотность; здоровую эмоциональность; здоровую окружающую среду; интеллектуальное развитие и духовное саморазвитие.

В качестве профилактики заболеваний принята определенная система мер для предупреждения и (или) устранения причин, вызывающих болезнь. Выделяют разные уровни профилактики – первичную, вторичную и третичную профилактику. Первичная профилактика направлена на устранение причин и факторов возникновения заболеваний; вторичная профилактика нацелена на предупреждение развития уже имеющихся болезней, третичная профилактика предполагает систему мер для предупреждения возможных рецидивов. В рамках ЗОЖ принято рассматривать именно первичную профилактику заболеваний.

Цель исследования – изучить какие меры для поддержания своего здоровья используют первокурсники и студенты выпускных курсов КемГМУ, а



также исследовать насколько хорошо студенты знакомы с параметрами своего здоровья.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие студенты стоматологического и лечебного факультетов Кемеровского государственного медицинского университета. Всего было опрошено 52 человека (из них 20 юношей и 32 девушки). Исследование было проведено в 1 семестре для студентов 1 курса и в 12 семестре для студентов 6 курса (выпускного). Количество респондентов 1 курса – 26 человек, 6 курса – 26 человек. Для исследования был использован опросник «Отношение к ЗОЖ».

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов показал, что в исследуемой группе значимая часть студентов принимают меры для поддержания здоровья и знают такие параметры своего здоровья, как вес, рост, АД и т.д.

Сравнительный анализ показал, что

- студенты 1 курса: принимают витамины 28%, стараются чаще бывать на свежем воздухе - 34%, регулярно питаются - 17%, занимаются спортом - 33%, соблюдают диету - 11%, делают прививки - 33%, регулярно посещают врачей в профилактических целях - 19%, в питание включают биодобавки - 5%.

- студенты 6 курса: принимают витамины 30%, стараются чаще бывать на свежем воздухе - 28%, регулярно питаются - 11%, занимаются спортом - 12%, соблюдают диету - 19%, делают прививки - 43%, регулярно посещают врачей в профилактических целях - 1%, в питание включают биодобавки - 1%.

Анализ результатов показал, что студенты нашего университета параметры своего здоровья знают хорошо:

- студенты 1 курса: вес - 51%, рост - 51%, прививки - 38%, АД - 19%, группа крови - 34 %, перенесенные в детстве заболевания - 36%, хронические



заболевание у родителей - 21% и предрасположенности к различным заболеваниям - 23%.

- студенты 6 курса: вес - 78%, рост - 74%, прививки - 26%, АД - 68%, группа крови - 82%, перенесенные в детстве заболевания - 36%, хронические заболевание у родителей - 56% и предрасположенности к различным заболеваниям - 65%.

Заключение

Образ жизни – это качественная характеристика определённых типов жизнедеятельности людей, показатель уровня их социализации, формируется под влиянием материальной и духовной жизни общества [5].

На первом курсе медицинского вуза студенты менее осведомлены о параметрах своего здоровья (чем студенты выпускных курсов), они практически не знают о хронических заболеваниях в семье и предрасположенности к заболеваниям, мало кто из них знает свою группу крови и показатели АД. Но студенты первого курса чаще, чем старшекурсники стараются бывать на свежем воздухе, занимаются спортом и посещают врачей в профилактических целях.

Студенты выпускных курсов более, чем первокурсники осведомлены о своем здоровье и здоровье своей семьи, чаще делают прививки, но редко бывают у врачей с профилактической целью и практически не включают в свое питание биодобавки.

Главным условием сохранения своего здоровья, является активный образ жизни, который включает в себя как личную гигиену, закаливание, рациональное питание, так и отказ от вредных привычек, а также занятие физической культурой.

Современное обучение в медицинском вузе предъявляет высокие требования и к студентам, и к состоянию их здоровья. Повышение рейтинга здоровья в системе общих ценностей студентов медицинского университета,



обучение оценке качества, состояния и «количества» здоровья, а также технологиям его обеспечения (включая собственное здоровье), является важным и необходимым условием успешности профессиональной социализации студентов-медиков.

Вопросы ЗОЖ в медицинском вузе выступают и средством сохранения здоровья самих студентов, поддержания высокого уровня и качества жизни, и необходимыми компетенциями в будущей профессиональной сфере, для оказания всесторонней медицинской помощи населению.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Антонова Н. Л. Культура здоровьесбережения студенческой молодежи // Журнал социологии и социальной антропологии. СПб., 2016. № 2. С. 88-100.
2. Валиуллина Е. В. Аддиктивные формы поведения: ониомания // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2021. Т. 2. № 4. С. 71-74.
3. Валиуллина Е. В. Зависимость понятийного мышления от качественных характеристик его активности // Вестник Кемеровского государственного университета. 2018. № 2. С. 99-103.
4. Валиуллина Е. В. Психологические особенности кризисов профессионального самоопределения в процессе высшего медицинского образования // Вестник Кемеровского государственного университета. 2011. № 2 (46). С. 131-134.
5. Завьялов А. Е. Формирование здорового образа жизни молодежи в современной России: автореф. дисс. ...канд. соц. наук. М., 2013. 21 с.
6. Кривоносова Л. А. Объект социального управления – качество жизни населения территориальной общности // Социология власти. 2005. № 1. С. 154.
7. Лисицын Ю. П. Здоровый образ жизни. М.: РАМН, 2008. 75 с.



8. Политика тела: от редакции // Журнал исследований социальной политики. М., 2014. Т. 12, № 4. С. 491-492.

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

**НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПСИХИАТРИИ
И НАРКОЛОГИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПАНДЕМИЕЙ COVID-19.
ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ**

Манахова Ю. И.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к.м.н. Кирина Ю. Ю.

Аннотация. В данной статье рассмотрены проблемы влияния новой коронавирусной инфекции на психическое здоровье человека. Постоянно нагнетаемый тревожный информационный фон с повторением негативных фактов и повышенным психологическим давлением, введение строгого режима самоизоляции и расширенных санитарно-гигиенических норм вызвал всплеск психических расстройств в населении.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, психическое здоровье, Covid-19.



**EMERGENCY CONDITIONS IN PSYCHIATRY
AND NARCOLOGY CAUSED BY THE COVID-19 PANDEMIC.
POST-COVID SYNDROME**

Manakhova J. I.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor – PhD Kirina Yu. Yu.*

Abstract. This article examines the problems of the impact of the new coronavirus infection on human mental health. The constantly increasing alarming information background with the repetition of negative facts and increased psychological pressure, the introduction of a strict self-isolation regime and expanded sanitary and hygienic standards has caused a surge in mental disorders in the population.

Keywords: coronavirus infection, mental health, COVID-19.

Введение

Пандемия COVID-19 оказала значительное влияние на психическое здоровье населения, что привело к росту числа неотложных состояний в психиатрии и наркологии.

Пандемии прошлых лет показывают, что подобные ситуации вызывают выраженное изменение эмоционального состояния людей, которое достаточно уязвимо. В условиях изоляции человек практически обязательно столкнется со спектром различных астенических эмоций в виде страха и тревоги, агрессии, а также страхом и тревогой за здоровье свое и своих близких, за будущее после карантина. Люди находятся в стрессе, и не имеют возможности справляться с ним своими привычными способами, не ограниченными пространством.



Цель исследования

Изучение причин и предикторов психических нарушений в период эпидемии Covid-19 у впервые обратившихся к психиатру, а также у пациентов с уже диагностированными психическими заболеваниями.

Методы исследования

Обследовано 100 пациентов, обратившихся к психиатру в связи с ухудшением психического состояния на фоне пандемии, из них 50 - впервые заболевших (1-я группа) и 50 - с ранее диагностированными психическими расстройствами (2-я группа). Исследование проводилось клиническим методом с помощью специально разработанной карты с последующей статистической обработкой полученных данных.

Результаты и обсуждения

Одним из наиболее заметных последствий пандемии стало увеличение случаев тревожных расстройств и депрессии. Изоляция, страх перед заболеванием, потеря работы и неопределенность в будущем стали основными источниками стресса. Исследования показали, что уровень тревожности у людей вырос в несколько раз по сравнению с допандемическим периодом.

Социальная изоляция, вызванная карантинными мерами, негативно сказалась на психическом здоровье. Люди лишились возможности общаться с близкими, что привело к чувству одиночества и изоляции. Особенно остро это ощущали пожилые люди и те, кто живет один. Социальные связи играют важную роль в поддержании психического здоровья, и их утрата стала серьезным испытанием для многих. [3]

Работа в условиях пандемии также привела к росту профессионального стресса и выгорания. Медицинские работники, волонтеры и сотрудники служб экстренной помощи столкнулись с высоким уровнем нагрузки и эмоционального истощения. Постоянное пребывание в условиях неопределенности и



необходимость принимать трудные решения оказали негативное влияние на их психическое здоровье.

В начале пандемии опасения специалистов, занимающихся заболеваниями ЦНС, базировались на опыте борьбы с коронавирусной инфекцией прошлых лет. Исследования последствий эпидемий тяжелого острого респираторного синдрома (SARS) и ближневосточного респираторного синдрома (MERS) обнаружили у 27-42 % реконвалесцентов широкий спектр психопатологических расстройств, которые наблюдались в течение года после перенесенной инфекции и могли продолжаться в течение нескольких лет. Среди наиболее частых из них - астения, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), депрессия, тревога, бессонница, а также когнитивные нарушения, включая снижение памяти и концентрации внимания. [1]

Многие авторы справедливо полагают, что длительные психопатологические симптомы постковидного синдрома тесно связаны с психоневрологическими нарушениями острого периода и формируются в виде резидуального симптомокомплекса. Поэтому в целях профилактики этого явления лечащим врачам следует более пристальное внимание уделять их ранней диагностике и качественной терапии.

В первых опубликованных результатах исследований, проведенных у больных с COVID-19, наиболее часто отмечались такие психоневрологические проявления, как резкая головная боль, головокружение, потеря обоняния и вкуса, нарастающее чувство беспокойства и безотчетной тревоги, возбуждение (ажитация), нарушение внимания и растерянность, делириозная симптоматика, воспалительные осложнения (менингит, энцефалит, энцефаломиелит) и инсульт. Считается, что появление психоневрологической симптоматики связано с более тяжелым течением и неблагоприятным прогнозом, в том числе вследствие присоединения сердечно-легочной недостаточности центрального генеза. [3]



В остром периоде, особенно во время госпитализации, психические нарушения недооцениваются врачами, их диагностика и лечение затруднены и по своей важности и экстренности обычно находятся на втором плане по отношению к витальной соматической или неврологической патологии.

В остром периоде заболевания депрессия встречалась в среднем у 45 % пациентов, тревога - у 47 %, бессонница - у 34 % пациентов, что существенно превышает их частоту как у госпитальных больных до начала пандемии, так и в населении в период пандемии. Психические нарушения были более выражены и наблюдались чаще у стационарных пациентов: например, депрессия, в соответствии с результатами, встречалась у 48 % госпитализированных больных и только у 35 % амбулаторных.

В тяжелых случаях COVID-19 необходимо учитывать возможность появления экзогенной психопатологической симптоматики вследствие интоксикации (спутанность, дезориентировка, делириозная и кататоническая симптоматика и др.) Были описаны отдельные случаи развития психотических симптомов. В частности, в одном исследовании из Испании приводится серия 10 случаев развития психозов у пациентов с COVID-19, у которых чаще всего наблюдались острый бред, слуховые и зрительные галлюцинации, нарушения ориентировки и внимания. В целом риск развития психозов при COVID-19 оценивается в 0,9-4,0 %, что значительно выше, чем в популяции. [1]

Когнитивные нарушения трудно корректно оценить в остром периоде заболевания, особенно при тяжелом течении COVID-19. Тем не менее в одной из работ нарушение когнитивных функций в остром периоде по шкале оценки психического статуса (MMSE) было зафиксировано у 33 % пациентов. В другом исследовании также отмечалось, что около одной трети пациентов имеют когнитивные нарушения при выписке из стационара [4].



Психические нарушения чаще наблюдались у госпитализированных больных и зависели от тяжести состояния. Тревожные (4,7 %) и аффективные (2 %) расстройства встречались наиболее часто, у 1,9 % обследованных наблюдались нарушения сна и в 1,6 % случаев у пациентов в возрасте старше 65 лет была диагностирована деменция. Иными словами, по сравнению с другими острыми респираторными инфекциями вирус SARS-CoV-2 обладает явно большей нейротропной активностью и значительно чаще вызывает поражение ЦНС. [1]

COVID-19 является системным заболеванием, поэтому патогенез развития неврологической и психопатологической симптоматики скорее всего также носит мультифакторный характер и может быть связан с несколькими механизмами. Вирус может проникать в ЦНС через функциональный рецептор второго типа ангиотензин превращающего фермента (АПФ-2), который помимо сосудистой стенки широко экспрессируется в глиальных клетках и нейронах, а также на периферии - в скелетной мускулатуре, кишечнике и различных органах. При этом нейроинвазия, вероятно, происходит через поврежденный эндотелий сосудов головного мозга или путем миграции зараженных клеток белой крови через поврежденный воспалительными медиаторами гематоэнцефалический барьер (ГЭБ)]. Помимо гематогенного пути вирус может, по-видимому, также проникать в ЦНС через обонятельные нейроны и решетчатую костную пластинку. [3]

Пытаясь объяснить частое возникновение психопатологических нарушений у больных COVID-19, нужно, безусловно, учитывать психосоциальные последствия пандемии в целом. С одной стороны, давно известно, что дистресс и депрессия ослабляют иммунитет и осложняют течение любого инфекционного заболевания, включая вирусные. Эпидемиологические данные о новой коронавирусной инфекции показывают, что у пациентов с



психическими нарушениями риск заболевания выше на 65 % по сравнению со психически здоровыми людьми. [1]

К потенциальным опосредованным осложнениям коронавирусной инфекции также нужно отнести нарушение развития ЦНС в перинатальном периоде.

Известно, что при контакте беременных с другими острыми вирусными респираторными инфекциями, включая коронавирусные, риск заболевания психическими расстройствами (особенно биполярным расстройством и шизофренией) у ребенка возрастает в 4 раза.

Факторы риска развития психопатологической симптоматики при постковидном синдроме точно не известны, большинство из них имеют общий характер и существенно варьируются в зависимости от дизайна исследования и обследованной популяции переболевших COVID-19 пациентов.

Наиболее часто указываются тяжесть острой фазы заболевания (в том числе искусственная вентиляция легких, системное воспаление, делирий, применение кортикостероидов и седативных средств, длительность госпитализации), резидуальная соматическая и неврологическая симптоматика (прежде всего одышка и болевые ощущения), социальная изоляция и низкий социально-экономический статус, стигматизация, женский пол (в 2,2-2,5 раза чаще у женщин), сведения о психических расстройствах и злоупотреблении психоактивными веществами в анамнезе, наличие инфицированных больных в семейном окружении. [2]

Стресс-связанные расстройства корректируются при помощи современной психотропной терапии, которая направлена на восстановление баланса нейромедиаторов на разных уровнях структурно-функциональной организации головного мозга. Бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ноотропы, метаболики, сосудистые препараты, витамины оказались малоэффективными



для купирования последствий стресса — тревоги и/или депрессии. Однако они используются для симптоматического лечения и создают условия для лучшей реализации эффекта основной психотропной терапии. [1]

К современным эффективным средствам относятся: анксиолитики, антидепрессанты, нейролептики, препараты, определяющие работу NMDA-рецептора.

При выборе фармакотерапии при лечении стрессовых реакций, расстройств адаптации, тревожно-фобических и панического расстройств необходимо отказаться от применения бензодиазепинов длительного действия (диазепам, клоназепам, феназепам) с выраженным миорелаксирующим эффектом, так как это может привести к нарушению функции дыхания и усилить явления дыхательной недостаточности. В этих случаях препаратами выбора являются лоразепам и алпразолам в небольших дозах. При использовании габапентина и прегабалина для лечения генерализованной тревоги повышен риск развития пневмонии и тяжелой дыхательной недостаточности, особенно при сочетании с анальгетиками, снотворными и антигистаминными средствами.

У пациентов с аффективными расстройствами, находящимися на длительной терапии солями лития, следует чаще проверять концентрацию препарата в плазме крови, поскольку повышенное потоотделение вследствие гипертермии может приводить к нарушению водно-электролитного баланса и замедлению выведения лития из организма с увеличением его концентрации в крови и потенциальным риском развития литиевой интоксикации с центральными эффектами, включая мозжечковый синдром, который чаще развивается при выраженной гипертермии.

У психотических больных применение антипсихотиков и антихолинергических корректоров требует осторожности, поскольку многие препараты вызывают выраженную седацию, гипотонию, холинолитические



побочные явления, включая задержку мочеиспускания, ксеростомию или повышенную саливацию, удлиняют интервал QT (особенно тиоридазин, зипрасидон, сертиндол и амисульприд) и обладают проаритмическим действием. Клозапин может усиливать гипертермию, снижать иммунобиологическую реактивность и вызывать гранулоцитопению.

Хлорпромазин обладает сильным адренолитическим действием и нередко вызывает артериальную гипотензию, тахикардию, кардиотоксические эффекты и угнетение дыхательного центра; риски угнетения дыхания имеются и при применении прометазина. В целях предотвращения нарушения дыхательной функции следует избегать сочетания этих препаратов с бензодиазепинами. При купировании возбуждения важно, чтобы терапевтический эффект был достигнут на уровне успокоения или легкой седации. [1]

Заключение

Настоящее время в реальной клинической психиатрической практике наблюдаются пациенты с психическими расстройствами, развившимися в постковидный период. Представляется целесообразным при диагностической оценке психических расстройств учитывать факторы риска, связанные с COVID-19, что позволит осуществлять дифференцированный подход к оказанию психиатрической помощи пациентам, перенесшим коронавирусную инфекцию.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю., Акименко Г.В. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии. Дневник науки. 2020. № 8 (44). С. 10.
2. Островский Д.И., Иванова Т.И. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека (Обзор литературы). Омский психиатрический журнал. 2020; 2-1S (24): 4-10. DOI: 10.24411/2412-88052020-10201.



3. Шматова Ю.Е. Влияние COVID-19 на психическое здоровье населения (как показатель человеческого потенциала): опыта зарубежных исследований. Проблемы развития территории. 2020; 4(108): 88-108. DOI: 10.15838/ptd.2020.4.108.6.

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

**ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ НЕГАТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА
У ПАЦИЕНТОВ РАЗНОГО ПОЛА
НА РАННИХ ЭТАПАХ ШИЗОФРЕНИИ**

Манюшина В. М.

Кафедра психиатрии и наркологии

Медицинского института

ФГБОУ ВО «Санкт Петербургский государственный университет»,

Россия, г. Санкт-Петербург

Научный руководитель - Петрова Н. Н.

Аннотация. В статье оценивается распространенность первичной и вторичной негативной симптоматики у пациентов разного пола с параноидной шизофренией. Устанавливается связь между депрессивной, побочной симптоматикой и выраженностью негативных симптомов, а также проводится их дифференциация. Рассматривается влияние гендера пациента с первым психотическим эпизодом на выраженность негативной симптоматики.

Ключевые слова: шизофрения, первичная негативная симптоматика, вторичная негативная симптоматика, гендер.



**PRIMARY AND SECONDARY NEGATIVE SYMPTOMS
IN PATIENTS OF DIFFERENT
SEXES DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA.**

Manushina V. M.

*Department of Psychiatry and Narcology
St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia
Scientific supervisor - Petrova N.N.*

Abstract. The article evaluates the prevalence of primary and secondary negative symptoms in patients of different sexes with paranoid schizophrenia. A connection is established between depressive, adverse symptoms and the severity of negative symptoms, and their differentiation is carried out, taking into account the gender of the patient. The influence of the gender of a patient with the first psychotic episode on the severity of negative symptoms is considered.

Keywords: schizophrenia, primary negative symptoms, secondary negative symptoms, gender.

Введение

Негативная симптоматика формируется еще в инициальном периоде шизофрении за несколько месяцев и даже лет до манифестации заболевания и первой госпитализации больного [5, С.12-18], наблюдается на всех стадиях заболевания и обусловлена не только биологическими, но и психосоциальными факторами [8, С.219-227]. Конструкция первичных негативных симптомов является многомерной и включает в себя пять отдельных областей (ангедония, апато-абулия, асоциальность, притупленный аффект, алогия). Первичные негативные симптомы разной степени выраженности встречаются более чем за год до манифестного приступа у 52% пациентов и преобладают у пациентов мужского пола с первым приступом шизофрении [1, С.5-8].



Вторичная негативная симптоматика не является частью собственно шизофренического процесса, а позиционируется как следствие лечения или вторичный эффект заболевания; может быть следствием остаточных продуктивных симптомов, депрессии, побочных эффектов антипсихотиков (экстрапирамидные расстройства), госпитализма и нарушения социальных контактов. Эти симптомы транзиторные, могут исчезать при нивелировании вызвавших их факторов, проведении адекватной терапии. Чтобы определить, являются ли негативные симптомы первичными, необходимо исключить 4 наиболее частые причины вторичных негативных симптомов: депрессия, психотические симптомы, побочные эффекты фармакотерапии, злоупотребление психоактивными веществами [3, С.68-70; 4, С. 86–96, 7, С.29-38].

Важной проблемой остается дифференциация первичных и вторичных негативных симптомов, которые включают в себя феноменологически сходные состояния: падение энергетического потенциала, эмоциональное уплощение, бедность ассоциативного мышления и речевой продукции [2, С.48]. Необходимо дифференцировать проявления экстрапирамидной симптоматики с первичными негативными симптомами: апато-абулию можно спутать с паркинсонической акинезией, шизофренический аутизм бывает трудно отличить от вынужденного ограничения социальных контактов при паркинсонизме [9, С.1-12]. С точки зрения W. Carpenter, способность к обратимости – основной дискриминирующий фактор первичных и вторичных негативных расстройств [6, С.427–438].

Объект и методы исследования

Обследовано 80 пациентов, из них 40 пациентов - мужчины, 40 – женщины с диагнозом F20.0 «Параноидная шизофрения» по МКБ-10 в возрасте от 18 до 40 лет. Средний возраст дебюта заболевания составил у мужчин $22,2 \pm 5,18$ года, у женщин $30,6 \pm 3,77$ года.



Критерии включения

- 1) возраст пациентов 18-40 лет
- 2) наличие письменного добровольного согласия на участие в исследовании
- 3) первый эпизод шизофрении (первые 5 лет заболевания, первые три приступа)

Критерии исключения

- 1) отказ пациента от дальнейшего участия в исследовании
- 2) наличие актуального соматического заболевания/органического поражения головного мозга

Для оценки негативной симптоматики использовались психометрические шкалы: шкала оценки позитивных и негативных симптомов - Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), шкала оценки негативных симптомов - Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Для оценки вторичной негативной симптоматики использовались шкала депрессии Калгари, а также шкала оценки побочного действия препаратов Udvald for Kliniske Undersogelser Scale (UKU).

Статистический анализ проводился с использованием стандартных средств языка программирования R (4.2.2). Сравнение двух групп по количественному показателю, имеющему нормальное распределение, при условии равенства дисперсий выполнялось с помощью t-критерия Стьюдента; распределение, отличавшееся от нормального, выполнялось с помощью U-критерия Манна-Уитни. Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента корреляции Пирсона, а также с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена.



Результаты и их обсуждение

У всех обследуемых пациентов была выявлена негативная симптоматика, при этом были установлены статистически значимые различия ее выраженности в зависимости от пола: $23,40 \pm 7,13$ балла у мужчин, $12,73 \pm 5,03$ балла у женщин по шкале SANS ($p < 0,05$). У женщин наибольшей выраженности достигла асоциальность ($9,66 \pm 3,71$ балла), тогда как у мужчин – уплощение аффекта ($17,85 \pm 8,99$ балла) и апато-абулия ($9,1 \pm 2,01$ балла) (PANSS).

У 51 (64%) пациента, среди них 20 (50%) женщин и 18 (45%) мужчин была выявлена депрессия легкой степени ($2,34 \pm 1,69$ и $2,73 \pm 1,19$ балла соответственно). У 29 (36%) пациентов была обнаружена клинически значимая депрессия ($8,19 \pm 1,69$ балла по шкале Калгари), среди них 15 (38%) женщин и 10 (25%) мужчин ($7,64 \pm 1,59$ и $7,92 \pm 1,85$ балла, соответственно).

Обнаружено, что у пациентов с симптомами депрессии в структуре шизофрении свойственна большая выраженность негативной симптоматикой по шкале PANSS ($r = 0,32$ у женщин, $r = 0,42$ у мужчин, $p < 0,05$ в обоих случаях).

У 32 (80%) мужчин и 30 (75%) женщин были выявлены побочные эффекты антипсихотической терапии, среди них у 13 (33%) мужчин и 11 (27%) женщин имелась неврологическая побочная симптоматика. Экстрапирамидные симптомы были больше выражены у пациентов мужского пола: ($2,24 \pm 2,04$ балла у мужчин и $1,2 \pm 0,24$ балла у женщин по шкале UKU; $p < 0,05$). Неврологические побочные эффекты оказались не связаны с негативной симптоматикой и у мужчин, и у женщин ($r = 0,12$ у мужчин, $r = 0,21$ у женщин, $p > 0,05$ в обоих случаях).

Выводы

Негативная симптоматика чаще встречается и больше выражена у пациентов с шизофренией мужского пола. Депрессивная симптоматика чаще наблюдается у женщин, при этом выраженность депрессивной симптоматики у



пациентов разного пола не различается. Полученные данные свидетельствуют о вкладе клинически очерченной депрессии в формирование вторичной негативной симптоматики у пациентов с шизофренией. Неврологические побочные эффекты оказались не связаны с негативной симптоматикой.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Ерзин А.И., Антохин Е. Ю. Взаимосвязь негативной симптоматики и проактивности у больных с первым эпизодом шизофрении. //Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т.4.
2. Любченко М. Ю., Сисембина М.А. Особенности депрессивных синдромов в структуре шизофрении // Медицина и экология. 2008. Т.3
3. Малюта Л.В. Взаимосвязь клинико-психопатологических и патопсихологических особенности больных шизофренией с депрессивными расстройствами // EESJ. 2016. Т.2.
4. Павличенко А.В. Негативные сиптомы3 шизофрении; современные зарубежные концепции и патофизициологические механизмы. Ч.1// Психиатрия. 2018. Т. 1.
5. Петрова Н.Н., Павлова-Воинкова Е.Е. Терапевтический ответ и прогноз течения у больных с первым эпизодом шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т.28.
6. Carpenter W.T., Schodler N., Wise S. et al. Treatment service and environmental factors // Schizophr. Bull. – 1988. –Т. 3.
7. Kirschner M., Aleman A., Kaiser S. Secondary negative symptoms —A review of mechanisms, assessment and treatment // Schizophr. -2017 –Т. 186
8. Unrau J, Percie du Sert O, Joober R, Malla A, Lepage M, Raucher-Chéné D. Subtyping negative symptoms in first-episode psychosis: Contrasting persistent negative symptoms with a data-driven approach// Schizophr Res. -2022. - №248



9. Mosolov SN, Yaltonskaya PA. Primary and Secondary Negative Symptoms in Schizophrenia. Front Psychiatry. -2021- T.12

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ

Мартыненко М. А.

Кафедра социально-гуманитарных наук

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г.Барнаул

Научный руководитель – доц., к. соц. н., магистр психологии

Старчикова М.В.

Аннотация. В данной статье проводится анализ ключевых причин и факторов, способствующих возникновению психосоматических расстройств пищеварительной системы у студентов. Определяется роль психосоматики в жизни современных студентов, находящихся под постоянным воздействием стресса и интеллектуальных нагрузок. Выявляются психосоматические симптомы, характерные для хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Устанавливается взаимосвязь между эмоциональным состоянием и функционированием пищеварительной системы. Освещаются психологические причины, которые могут привести к развитию соматических заболеваний. Предлагаются рекомендации по профилактике психосоматических расстройств.

Ключевые слова: психосоматика, психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), неврологические расстройства, вегетативная система.



PSYCHOSOMATIC FACTORS OF DIGESTIVE SYSTEM DISEASES IN STUDENTS

Martynenko M.A.

Department of Social Sciences and Humanities

Altai State Medical University Ministry of Health of Russia, Barnaul, Russia

Scientific supervisor – Starchikova M.V., Associate Professor,

Candidate of Social Sciences, Master of Psychology

Abstract. This article examines the main causes and factors of the development of psychosomatic diseases of the digestive system in students, determines the place of psychosomatics in the lives of modern students who are under chronic stress and intellectual stress. The psychosomatic symptoms characteristic of chronic diseases of the gastrointestinal tract have been clarified. A connection has been established between emotions and the work of the digestive tract, and psychological causes that can cause somatic diseases are presented. Recommendations for the prevention of psychosomatic diseases are given.

Keywords: psychosomatics, psychosomatic diseases of the gastrointestinal tract (GI tract), neurological disorders, autonomic system.

Введение

В последние годы наблюдаются неблагоприятные изменения в психическом здоровье молодежи, особенно среди студентов. Мы видим резкий рост нервно-психических расстройств, которые часто возникают в виде реакции на постоянный психический стресс. Одна из ключевых причин этого явления – кризис идентичности, с которым сталкивается молодежь. Он проявляется в разрыве между требованиями, которые предъявляет современное общество и экономика, и консервативными установками, которые формировались у молодежи на протяжении многих лет. Студенты оказываются под давлением,



пытаясь соответствовать ожиданиям окружающих, и это приводит к внутренним конфликтам и стрессу.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), физиологические показатели у студентов на низком уровне из-за возрастной категории, что делает их особенно уязвимыми к различным заболеваниям. Наиболее распространенными проблемами здоровья среди пациентов являются гипертония, тахикардия, диабет и различные нервно-психические расстройства. Эти проблемы ставят под угрозу не только здоровье самих студентов, но и здоровье нации в целом, поскольку состояние здоровья молодежи является важным показателем будущего общества [1, 24].

Психологические особенности незрелых личностей, а также интенсификация учебного процесса в вузах, создают дополнительные трудности. Высокие требования к обучению, необходимость усваивать большие объемы информации за короткие сроки и постоянное давление со стороны преподавателей и окружающих могут негативно сказаться на физическом, психическом и репродуктивном здоровье студентов. Нехватка времени для отдыха и восстановления также приводит к стрессовому напряжению, что в свою очередь может вызывать психические и пищевые расстройства, неврологические заболевания.

Обучение в высших учебных заведениях связано с высокими психическими и физическими нагрузками. Студенты часто сталкиваются с увеличением продолжительности занятий и необходимостью решать сложные задачи в условиях жестких временных рамок. Это создает дополнительную нагрузку, которая может вызывать чувство тревоги и беспокойства. В таких условиях особенно важно находить способы поддержания и укрепления здоровья студентов. Одной из ключевых задач современного образовательного



процесса становится изучение условий, способствующих сохранению здоровья студентов [2, с. 34].

Нервная система человека играет ключевую роль в реагировании на стрессовые ситуации, и ее реакция может проявляться в виде нарушений вегетативных функций. Важно понимать, что напряжение вегетативной нервной системы не безгранично. Каждая нервная клетка имеет свой физиологический предел нагрузки, при достижении которого происходит сбой в функционировании всего организма. В таких случаях психическое напряжение становится своего рода сигналом, указывающим на то, что с организмом что-то не так. Это явление известно как «психосоматическое расстройство». Оно может обостряться в условиях стресса или в результате заболеваний, что приводит к более серьезным проблемам со здоровьем [3, с. 90].

Согласно статистическим данным, около 70% всех заболеваний психосоматической природы, что подчеркивает важность изучения взаимодействия между психологическим состоянием и физическим здоровьем. Психосоматика как направление в медицине и психологии исследует, каким образом чувства, эмоции и переживания могут оказывать влияние на физическое состояние человека [4, с. 28].

Психосоматические заболевания представляют собой группу болезней, причины которых связаны с нарушениями в нервной системе и проявляются симптомами, напоминающими заболевания внутренних органов. Среди наиболее распространенных психосоматических заболеваний можно выделить функциональную желудочную диспепсию, различные желудочно-кишечные расстройства, фибромиалгию и гипервентиляционный синдром. Эти состояния часто возникают на фоне стрессов, эмоциональных перегрузок, депрессии и других негативных психологических факторов. В основе этих заболеваний лежат нарушения в психологической деятельности человека, которые могут быть



вызваны изменением восприятия событий в негативную сторону. Это и приводит к возникновению соматических заболеваний, таких как неврозы и хронические заболевания нервной системы.

Желудок, как орган, отвечающий за переваривание пищи и усвоение питательных веществ, также имеет символическое значение. Он олицетворяет нашу способность «переваривать» жизненные ситуации, опыт и информацию. Проблемы с желудком могут быть связаны с тем, что человек не в состоянии принять, осознать или выразить что-то важное для него. Функции желудочно-кишечного тракта, такие как поглощение и выделение, напрямую связаны с отношениями человека с окружающим миром, с его эмоциональным состоянием и с внешним жизненным пространством.

Стресс оказывает существенное влияние на патогенез заболеваний. Тревога и агрессия усиливают моторику, увеличивают амплитуду сокращений желудочно-кишечного тракта, вызывают эрозию слизистой поверхности желудка. При депрессии снижается моторика, ослабевают скорость и амплитуда сокращений, ухудшается кровоснабжение стенок желудка. Эмоциональный фон человека при приеме пищи влияет на дальнейший процесс ее переваривания [4, с. 96].

Переживания тревоги, страха и депрессии нарушают работу пищеварительного тракта, что приводит к функционально-органическим изменениям в структуре желудочно-кишечного тракта. Эти волнения воздействуют на сократительную функцию мышечных клеток. Злость и ненависть способствуют рефлекторным спазмам и напряжению. Человек – единственное живое существо, которое принимает пищу в подавленном состоянии и чрезмерном количестве, чтобы снять напряжение. В результате, пища, попавшая в спазмированные органы пищеварения, приводит к желудочно-кишечным расстройствам. Враждебность нередко препятствует дефекации.



Прием пищи и процесс насыщения приходится альтернативой удовлетворению, на которую можно положиться перед разочарованием.

Объекты и методы исследования: объект исследования – психосоматические заболевания пищеварения у студентов. Методы: теоретический анализ литературы, проведения опроса методом анкетирования, эмпирические методы (сравнение, наблюдение), обобщения.

Результаты и их обсуждение (экспериментальная часть): нами было проведено анкетирование среди студентов АГМУ на тему: «Предрасположенность к появлению заболеваний желудочно-кишечного тракта, вызванных психосоматическими причинами». В исследовании приняли участие 62 человека. По результатам было выявлено, что у большинства опрошенных есть склонность к психосоматическим расстройствам желудочно-кишечного тракта. Студенты отмечали у себя подобные симптомы на фоне усиливающегося стресса. Значительная часть респондентов не умеет справляться с напряженными ситуациями. Участники опроса часто едят на ходу, при этом состояние ухудшается на фоне усиливающихся нагрузок во время сессии и поднимающейся тревожности. Чаще всего интервьюируемые доводят своё психологическое здоровье до физического недомогания, ощущая при этом боли и жжение в области эпигастрия (по опросам студентов).

Следы сильных, повторяющихся, затяжных негативных эмоций приводят к психосоматическим расстройствам и результатом становятся психоэмоциональные срывы, невротические состояния, что ежедневно наблюдается у жителей мегаполисов. Это сопровождается изменениями функциональных систем организма, которые включаются автоматически, помимо воли человека. Психосоматические заболевания пищеварения распространены под влиянием негативных эмоций [5, с. 23].



В основе каждой болезни лежит внутренний конфликт, сообщение на языке тела («комом в горле застрял»), выгода от заболевания, травматический опыт прошлого (предательство, унижение), самонаказание, внушение, отказ согласиться с чем-либо/кем-либо, нереализованное желание или ситуация, психологическая защита.

Гастроэнтерология – это терапевтическая область, близкая к психиатрии, поскольку ЖКТ – зона, подверженная психосоматическим расстройствам. Считается обычным явлением для людей с особым типом гастроинтестинальной нестабильности, когда не только болезненные переживания, но и любые эмоции (положительные или отрицательные) оказывают влияние на функционирование пищеварительной системы.

Психосоматические болезни желудка – это серьезный сигнал о том, что что-то не в порядке не только в организме, но и в голове (мысли). Список психосоматических заболеваний желудка и кишечника постоянно меняется и дополняется.

На сегодняшний день добавили:

- Язвенная болезнь (дефект слизистой оболочки желудка и расположенных под ней тканей) на языке психосоматики символизирует трудности с принятием себя, окружающих, событий.
- При диарее (поносы, не связанные с патологическими процессами в толстой кишке) причинами с точки зрения психосоматики являются ситуация страха и повышенные требования от окружающих.
- Сильный голод - симптом чувствовать себя в безопасности.
- Люди с гастритом (воспаление слизистой оболочки желудка) критичны к себе и окружающим, не умеют прощать, подавляют свои желания и потребности.



- Появление рефлюкса-эзофагита (возврат содержимого желудка в пищевод) связано с переживанием горечи, разочарования, обмана, не умением защищать себя, манипуляцией со стороны.
- Вздутие живота/метеоризм (наличие в желудочно-кишечном тракте избыточного количества газов) вызывает излишнее напряжение, приводящее к изменению состава и количества газов и жидкости в кишечнике.
- Дисфункция желчного пузыря (нарушение сократительной способности) означает, что человек не может с чем-то расстаться, боится, что у него что-то отнимут, или кто-то вторгнется на его территорию. Человека мучает прошлое.
- Синдром избыточного бактериального роста/СИБР (состояние, при котором увеличивается число микробиоты в тонком кишечнике и появляются патогенные бактерии, что ведет к нарушению всасывания питательных веществ) случается, когда человек ощущает, что он не контролирует свою жизнь или ситуацию.
- Запоры (замедленная, затруднённая или систематически недостаточная дефекация) выражают противоречие между тем, что человек думает, и тем, что он делает.
- Ожирение (превышающее нужное количество отложение жира в организме) отображает потребность в защите, бегство от чувств, непризнание себя.
- Анорексия (стремление к снижению веса, ограничение в еде, обусловленное страхом прибавления массы тела) считается отрицанием жизни и себя как личности, ненависть к себе, своим родителям.
- Булимия (эпизоды бесконтрольного потребления большого количества высококалорийной пищи с последующей «очисткой» желудка и



кишечника путем искусственно вызываемой рвоты, клизмирования, приема мочегонных и слабительных средств) иллюстрирует осуждение себя и своих эмоций, чувство безнадежности и ужаса.

Заключение

Психосоматические расстройства могут быть обратимы, если использовать внутренние психологические ресурсы, включая желание быть здоровым, веру в то, что выздоровление возможно и участие на всех этапах выздоравливания при помощи психотерапии и саморегуляции.

Чтобы устранить симптомы, следует разрешить скрытые внутри конфликты и эмоциональные отклики, возникшие из-за жизненной ситуации.

По многочисленным исследованиям, стало ясно, что у людей, у которых диагностировано соматическое заболевание, увеличиваются шансы на положительный прогноз, если они не сдаются, не впадают в депрессию, а, наоборот, принимают поддержку, инициативно лечат болезнь, живут полной жизнью, общаются с друзьями и близкими.

Тело, душа и общество взаимосвязаны и воздействуют на здоровье и благополучие личности. Стрессоустойчивые люди здоровее и успешнее в жизни.

Компоненты здоровья определяются генетическими показателями и воздействием окружающей среды, которые взаимодействуют с социальными и экономическими факторами.

Психология здоровья предлагает обширную литературу и ряд проверенных методик для решения многих из этих проблем.

В режиме студенчества психологическое здоровье – важный аспект, определяющий потенциал студента для высоких достижений и учебе, продуктивного общения и профессионального самоопределения и роста, возможности быть счастливыми. Негативные эмоции серьезно отражаются на



здоровье и их обязательно нужно прорабатывать, путем осознания и регулирования.

Рекомендации: для борьбы с подобного рода заболеваниями требуется своевременное диагностирование и лечение стрессовых состояний, психосоматических расстройств, профилактика и терапия вегетативной нервной системы. Реабилитационные мероприятия должны основываться на глубоких знаниях о природе, течениях, причинах и предпосылках возникновения психосоматических заболеваний. При необходимости патологические процессы устраняют с использованием медикаментов.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Бочанова Е.В. и др. Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю.Ю. Елисеева. М.: Эксмо, 2003.
2. Воронов М. Психосоматика: Практическое руководство. К.: Ника-Центр, 2002.
3. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р.Г. Оганов, Л.И. Ольбинская, А.Б. Смулевич и др. // Кардиология. 2004. №1.
4. Дереча, В.А. Роль типологии психотравмирующих переживаний в оформлении клинической картины соматоформных расстройств / В.А. Дереча, С.В. Балашова // Соц. и клинич. психиатрия. 2007. №1.
5. Зараковский, Г.М. Психологические и физиологические проявления процесса адаптации населения России к новым социально-экономическим условиям / Г.М. Зараковский, В.И. Медведев, Е.К. Казакова // Физиология человека. 2007. Том 33.



ПРОБЛЕМА ТРЕВОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ

Монгуш А. М., Шактар-оол К. Н.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к. психол. н., доцент Валиуллина Е. В.

Аннотация. В статье представлены результаты исследования ситуативной и личностной тревожности у студентов второго и четвертого курсов Кемеровского государственного медицинского университета. Исследование проведено при помощи методики «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина». Результаты показали, что уровень тревожности у студентов второго курса несколько выше, чем уровень тревожности студентов четвертого курса.

Ключевые слова: тревожность, тревога, личностная тревожность, ситуативная тревожность, психика, психология.

THE PROBLEM OF STUDENT ANXIETY

Mongush A. M., Shaktar-ool K. N.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Associate Professor Valiullina E. V.

Abstract. The article presents the results of a study of situational and personal anxiety in second- and fourth-year students of the Kemerovo State Medical University. The study was conducted using the Spielberger-Khanin Anxiety Scale. The results showed that the anxiety level of second-year students is slightly higher than the anxiety level of fourth-year students.

Keywords: anxiety, worry, personal anxiety, situational anxiety, psyche, psychology.



Тревожность – это индивидуальная психологическая особенность, которая проявляется в склонности человека часто переживать сильную тревогу по относительно малым поводам [6]. Тревожность в обобщенном понимании – это субъективное проявление неблагополучия личности или ее дезадаптации. Современная психология рассматривает тревожность как переживание эмоционального дискомфорта, как предчувствие индивидом возникновения негативной ситуации или опасности.

Тревожность может проявляться длительными, затяжными, а может и ежедневными симптомами, которые значительно снижают качество жизни, или же короткими всплесками с паническими атаками. Частота, количество и интенсивность симптомов варьируются в зависимости от человека [8].

Тревожность может привести к психическим или психологическим проблемам, общей дезадаптации, снижению качества жизни [4]. Состояние тревоги может влиять на сон, аппетит, обуславливать повседневные привычки и поведение индивида, на его способность к концентрации внимания и обучению.

Цель исследования

Изучить уровень ситуативной и личностной тревожности студентов обучающихся на разных курсах Кемеровского государственного медицинского университета.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось среди студентов второго и четвертого курсов обучающихся в Кемеровском государственном медицинском университете, в количестве 15 человек (2 курс – 7 чел., 4 курс – 8 чел.), возраст студентов составил 19-21 год. В исследовании применялся тест: «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина, STAI». Данный тест представлен в виде опросника из 40 вопросов.



Результаты и их обсуждение

Согласно авторам теста, личностная тревожность – это индивидуальное свойство восприятия значительного числа событий как угрожающих с реагированием на них состоянием тревоги. Реактивная тревожность может быть обусловлена ситуацией в данный момент времени, она характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью в конкретной обстановке [7]. По результатам диагностики уровня тревожности с помощью теста Спилбергера-Ханина выявлены следующие результаты (см. Таблица 1).

Таблица 1.

Выявление тревожности у студентов 2 курса

Студенты 2 курса	Ситуативная тревожность	Личностная тревожность
1	53 (высокая)	34 (умеренная)
2	47 (высокая)	46 (высокая)
3	61 (высокая)	58 (высокая)
4	35 (умеренная)	52 (высокая)
5	30 (низкая)	29 (низкая)
6	36 (умеренная)	43 (умеренная)
7	43 (умеренная)	37 (умеренная)
Среднее	35	34

Согласно результатам (Таблица 2) у 4% (1 человек) студентов 2 курса наблюдается низкий уровень ситуативной тревожности, у 43% опрошенных (3 человека) наблюдается средний уровень ситуативной тревожности. У 43% (3 человека) респондентов отмечается высокий уровень ситуативной тревожности. Если говорить о личностной тревожности, то низкий уровень представлен у 4% (1 человек) студентов 2 курса, умеренный уровень – у 43% (3 человека), высокий – у 43% (3 человека).



Таблица 2.

Процент студентов 2 курса с различным уровнем тревожности

Тревожность	СТ (%)	ЛТ (%)
Низкая тревожность	4	4
Умеренная тревожность	43	43
Высокая тревожность	43	43

Низкий уровень выраженности тревожности может способствовать чрезмерному спокойствию в потенциально опасных ситуациях, а также пренебрежительному отношению к реально опасным или угрожающим ситуациям [2]. В результате диагностики студентов 4 курса были получены следующие результаты (Таблица 3).

Таблица 3.

Выявление тревожности у студентов 4 курса

Студенты 4 курса	Ситуативная тревожность	Личностная тревожность
1	63 (высокая)	48 (высокая)
2	53 (высокая)	52 (высокая)
3	26 (низкая)	29 (низкая)
4	36 (умеренная)	31 (низкая)
5	45 (умеренная)	40 (умеренная)
6	35 (умеренная)	45 (умеренная)
7	38 (умеренная)	39 (умеренная)
8	37 (умеренная)	43 (умеренная)
Среднее	36	31

У большинства опрошенных студентов (Таблица 4) 4 курса (1 человек) низкая СТ – 12,5%; умеренная СТ – у 62,5% (5 человек); высокий уровень отмечен у 25% студентов (2 человека). Высокая личностная тревожность



отмечается у 25% респондентов (2 человека), умеренная ЛТ – у 50% (4 человека), низкая ЛТ – 25% (2 человека).

Таблица 4.

Процент студентов 4 курса с различным уровнем тревожности

Уровень тревожности	СТ (%)	ЛТ (%)
Низкая тревожность	12,5	25
Умеренная тревожность	62,5	50
Высокая тревожность	25	25

По результатам исследования выявлено, что уровень ситуативной тревожности выше у студентов второго курса, чем у студентов четвертого. Эти отрицательные переживания студентов второкурсников могут быть связаны с неуверенностью в своих знаниях, недостаточной психологической подготовкой к учебно-профессиональной деятельности. Среди факторов, способствующих появлению тревожности, можно назвать: неумение студентов правильно распределять свое время и силы, неготовность работать с большой информацией, выполнять просьбы преподавателей, неготовность к обучению, основанному на самостоятельности [1, 5].

Повышенная тревожность мешает достижению поставленных целей, делает человека не конкурентоспособным в профессиональной сфере. Люди с высоким уровнем тревожности могут испытывать сильное волнение, которое в психологии определяется как «экзаменационная валидность» и «паралич деятельности». Экзаменационная валидность – чрезмерное волнение в широком круге ситуаций, воспринимаемых настолько значимо, что препятствует успешному прохождению этих ситуаций. Паралич деятельности связан со страхом совершения ошибки, доходящего до уровня, когда наилучшим выходом из проблемы кажется бездействие. Студентам с преобладанием высокой



тревожности рекомендуется снижение субъективной значимости ситуаций, перенос акцента на осмысление деятельности и формирование чувства уверенности в успехе [5].

Таким образом, состояние тревожности является результатом негативного социального опыта и причиной возникновения трудностей в поведении и деятельности человека. Тревожность у студентов проявляется чаще всего на первом и выпускном курсах, и обусловлена переживанием угрозы их самооценке и жизнедеятельности. Студенты, имеющие высокий уровень тревожности часто не уверены в себе, замкнуты, стеснительны, не общительны. Повышенный уровень тревожности может свидетельствовать о недостаточной эмоциональной приспособленности к ситуации, в которой находится студент.

Процесс формирования профессиональной направленности сложный и противоречивый. В соответствии с особенностями процесса социализации студенческой молодежи структура профессиональной направленности личности каждого студента может претерпевать существенные изменения [3].

Источники и литература / Sources and referens:

1. Аминов Н. А., Азаров В. Н. Изучение индивидуальных различий в предрасположенности к состоянию тревоги в концепции двух сигнальных систем // Проблемы дифференциальной психофизиологии. М., 1981. 345 с.
2. Валиуллина Е. В. Психологические свойства личности и уровень асертивности // Научное мнение. 2018. № 4. С. 37-41.
3. Валиуллина Е. В. Факторы профессионального выбора студентов медицинского вуза // Дневник науки. 2019. № 3 (27). С. 21.
4. Прихожан А. М. Причины, профилактика и преодоление тревожности // Психологическая наука и образование. 1998. №2. С. 21-29.



5. Тарасова Р. Е. Проблема тревожности студентов // Международный студенческий научный вестник. 2016. № 5-1. URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=15327> (дата обращения: 21.09.2024).
6. Тревожность – Википедия. URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Тревожность> (дата обращения: 21.09.2024).
7. Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Ленинград: ЛНИИФК, 1976. 18 с.
8. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. М.: «Прогресс-Универс», 1993. 112 с.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ

Мусаева М. Х.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – Яковлев А. С.

Аннотация. В данной статье проанализированы основные методы и направления психотерапии пограничных расстройств. Выявлены основные преимущества и недостатки отдельных методов. Дано определение «пограничного расстройства» и того, что к ним относится.

Ключевые слова: психотерапия, пограничное расстройство, когнитивно-поведенческая терапия, пограничные состояния, психоаналитический метод.



**THE MAIN METHODS OF PSYCHOTHERAPY
IN THE TREATMENT OF BORDERLINE DISORDERS**

Musaeva.M. H.

Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Yakovlev A. S.

Abstract. This article analyzes the main methods and directions of psychotherapy of borderline disorders. The main advantages and disadvantages of individual methods are revealed. The definition of “borderline disorder” is given. The definition of «borderline disorder» is given.

Keywords: Psychotherapy, borderline disorder, cognitive behavioral therapy, borderline conditions, psychoanalytic method.

Введение

Пограничным расстройством личности называют расстройство, для которого характерны импульсивность, высокий уровень тревожности, низкий самоконтроль, эмоциональная лабильность, трудности в построении долговременных отношений с другими людьми. Данное расстройство негативно влияет на все сферы жизни человека, больные могут наносить вред, как себе, так и окружающим.[1] При этом пограничное расстройство считается одной из трудноизлечимых форм заболевания. Поэтому важно рассмотреть основные методы психотерапии, как основного метода лечения.

Объекты и методы исследования

Анализ и обобщение специальной литературы, публикаций в периодических изданиях, посвящённых теме пограничных расстройств и его лечения.



Существует несколько методов психотерапии, используемых для лечения пограничного расстройства личности (ПРЛ). Рассмотрим три наиболее актуальных метода.

Диалектико-поведенческая терапия

(ДПТ) Разработана Маршей Линехан в 80-х годах прошлого века. Данная терапия сочетает в себе принцип диалектики и когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Диалектика подразумевает изменение мышления через принятие ситуации. Проводится работа с эмоциями пациента, он учится их распознавать и регулировать. Пациенту пытаются показать, что на ситуацию, которую он считает безвыходной, есть много других точек зрения. Также используются методы КПТ для работы с поведением, а именно научиться анализировать дезадаптивные паттерны поведения, к примеру, самоповреждающие действия, которые характерны при этом заболевании, учиться их анализировать и искать решения как их избежать.

В данной терапии есть четыре основные стратегии:

1. Сосредоточение на настоящем, именно «здесь и сейчас».
2. Принятие себя и умение переносить правильно кризисную ситуацию.
3. Развитие навыка общения, умение поддерживать баланс между отстаиванием своих границ и нормальным общением.
4. Умение управлять своими эмоциями.

Для того чтобы развить эти навыки применяют групповую, индивидуальную терапию, и используют поддержку по телефону, когда пациент попадает в ситуацию, с которой не может справиться, то может получить помощь прямо сейчас.

На тренингах изучают навыки для того, чтобы внедрить их в жизнь пациента. Навыки эмоциональной регуляции (осознание своих эмоций для того, чтобы эффективнее их проявлять). Навыки стрессоустойчивости.



Навыки межличностной эффективности (помогают эффективно строить межличностные отношения).

Навыки осознанности (уметь понимать свои эмоции, мысли, ощущения, и не вовлекаться в них.)

Доказано, что ДПТ эффективна, с точки зрения снижения самоповреждения, снижение суицидального поведения, снижение поведения, которое негативно влияет на качество жизни. Также преимущество в удержании пациента в терапии.[3]

Терапия на основе ментализации

Ментализация – это психологическая деятельность, направленная на понимание своих и чужих психических состояний. Данная методика основана на концепции привязанности, разработанной Джоном Боулби. Он утверждал, что безопасная привязанность, сформировавшаяся в отношениях между младенцем и родителем, закладывает фундамент для эмоциональной стабильности.

Цель данной терапии – это развитие или улучшение способностей к ментализации. Терапия в первую очередь направлена на стабилизацию ощущения самого себя. Терапевт в первую очередь обращает внимание на чувства пациента, и помогает ему научиться контролировать и стабилизировать ощущение самого себя.[4]

На сегодняшний день терапия, основанная на ментализации считается одним из эффективных подходов к лечению ПРЛ, наравне с КПТ.

Схема-терапия

Разработана в 1990 году Джеффри Янгом, данный метод объединяет в себе КПТ, психоаналитическую терапию и трансактный анализ.

У пациентов с пограничным расстройством мышление, мировоззрение крайне ригидны. Данные паттерны Янг и назвал схемами. Схемы — это устойчивые шаблоны, которые развиваются на протяжении всей жизни. Данные



схемы могут как положительно влиять на жизнь, помогая человеку проживать определённые ситуации, так и могут быть дезадаптивными, с ними и работает данная терапия. Джеффри Янг объяснил формирование данных схем неудовлетворением пяти потребностей:

1. Надёжная привязанность. Ребёнок должен иметь заботящегося о нём близкого человека.
2. Потребность в автономии. Возможность проявить самостоятельность, взрослый не должен делать всё за ребёнка.
3. Выражение чувств. Ребёнку не должны запрещать свободно выражать свои чувства и эмоции.
4. Потребность в спонтанности. Потребность иметь возможность насладиться текущим моментом.
5. Потребность в границах. Потребность в соблюдении собственных личных границ.

Суть схемотерапии в том, чтобы вернуться в травмирующий момент, в котором была неудовлетворенна одна или несколько из этих потребностей.

Т.е. пациент, как бы связывается со своим внутренним ребёнком, пытается понять, чего он хочет, в какой момент он получил негативную установку, кто ему её дал. Задача пациента опровергнуть эту установку, принять своего внутреннего ребёнка, поддержать его. И когда во время этих сеансов пациент постоянно проявляет к себе сострадание, поддержку и принятие, этот опыт постепенно вытесняет старый негативный. [2]

Данный метод также показывают свою большую эффективность в терапии пограничных расстройств. Эффект даже больший, чем от психоанализа.

Заключение

Психотерапия при пограничном расстройстве личности — это достаточно долгий и трудоёмкий процесс, требующий больших усилий как от пациента, так



и от терапевта. Поэтому очень важно выбрать правильный метод терапии, подходящий конкретному человеку. При этом терапия должна быть направлена на устранение дезадаптивных убеждений и поведения, развитие навыков эмоциональной регуляции, формирование своей идентичности, развитие навыков общения с другими людьми.

И все рассмотренные мною виды терапий с помощью разных методов работают с этими проблемами и являются наиболее эффективными в лечении ПРЛ.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Захаров Н.П. Психотерапия пограничных расстройств и состояний зависимости. М.: ДеЛи принт, 2020. 288 с.
2. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе: Пер.с англ. М.: Класс, 2022. 480 с.
3. Марша М. Лайнен Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: [монография] /; [пер. с англ. В. В. Кулебы]. Москва [и др.]: Вильямс, 2020. 590 с.
4. Алмагамбетова А.А., Акименко Г.В., Яковлев А.С. Возможности арт-терапии в системе реабилитации пациентов с пограничными расстройствами личности. - Дневник науки. 2023. № 5 (77).

ЛИЧНОСТНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Наумова В. В., Афанасьева Ю. Н., Прокопенко Е.В., Рылина А. И.
*Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии
ФГБУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Новосибирск
Научный руководитель – Тагильцева Е. В.*



Аннотация. Проблема приверженности к лечению является важным аспектом перинатальной психологии. Предполагается, что комплаентность в период беременности взаимосвязана как с социальными факторами, так и с личностными особенностями женщин. В статье рассматривается взаимосвязь приверженности к лечению с личностными характеристиками, дисфункциями родительской семьи женщин и типом отношения к беременности. Данное исследование позволяет углубиться в понимание феномена приверженности к лечению и его проявлений.

Ключевые слова: приверженность к лечению, личностные характеристики, психологические особенности беременных женщин, комплаентность, отношение к беременности, перинатальная психология.

PERSONAL AND SOCIAL FACTORS OF ADHERENCE TO TREATMENT IN PREGNANT WOMEN

Naumova V.V., Afanasieva J.N., Prokopenko E.V., Rylyina A.I.

Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology

Novosibirsk State Medical University, Russia, Novosibirsk

Scientific supervisor - Tagiltseva E.V.

Abstract. The problem of adherence to treatment is an important aspect of perinatal psychology. It is assumed that compliance during pregnancy is interrelated with both social factors and personal characteristics of women. The article examines the relationship of adherence to treatment with personal characteristics, dysfunctions of the women's parental family and the type of attitude towards pregnancy. This study allows us to delve deeper into the understanding of the phenomenon of adherence to treatment and its manifestations.

Keywords: adherence to treatment, personal characteristics, psychological characteristics of pregnant women, compliance, attitude to pregnancy, perinatal psychology.



Введение

На сегодняшний день проблема приверженности к лечению у беременных женщин обсуждается среди специалистов, работающих в области перинатальной психологии. При этом данный феномен не подвергается подробному изучению с точки зрения поиска возможных коррекционных и терапевтических действий в связи с недостаточной изученностью специфики комплаентности женщин в период беременности [1, С.13]. Во многих отечественных исследованиях при рассмотрении комплаентности беременных женщин исследователи описывают данный аспект как готовность и мотивированность выполнять предписания врача-гинеколога. Следовательно, в исследованиях редко описывается приверженность к лечению беременных женщин в контексте взаимодействия с другими врачами [2, С.18].

Актуальность исследования личностных и социальных факторов приверженности к лечению у беременных женщин объясняется тем, что данная группа населения нуждается в постоянном взаимодействии с медицинским персоналом. Уровень комплаентности, то есть соблюдение всех рекомендаций и предписаний врачей, играет ключевую роль в успешном прохождении беременности и рождении здорового ребенка. Исследования в данной области часто недостаточно обоснованы, фрагментарны и единичны. Исследование личностных и социальных факторов приверженности к лечению у беременных женщин позволит более глубоко понять, какие аспекты могут влиять на соблюдение медицинских рекомендаций в этот период.

Термин «комплаентность» является производным от англ. «patient compliance», определяется данное понятие как характеристика соответствия поведения пациента, связанного с лечением, рекомендациям врача. В более широком смысле под комплаентностью подразумевается комплекс мероприятий, которые направлены на осознанное и безукоризненное выполнение больным



рекомендаций врача в целях максимально полного и быстрого выздоровления при остром течении заболевания, а также в целях стабилизации состояния при хроническом течении [4, С.137]. На настоящий момент важным аспектом процесса лечения является сотрудничество, поэтому всё чаще при обозначении приверженности к лечению используется термин «concordance». Данный термин подчеркивает важность включенности больного в процесс лечения [3, С.93].

Объекты и методы исследования

Цель исследования: изучить личностные и социальные факторы приверженности к лечению у беременных женщин, которые являются формально комплаентными.

Методики исследования:

- Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) (Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко);
- Висбаденский опросник (Н. Пезешкиан, Х. Дайденабах);
- Тест отношений беременной (ТОБ) (И.В. Добряков);
- Семейные эмоциональные коммуникации (СЭК), (А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова);
- Авторская анкета.

В авторскую анкету вошли вопросы о семейном положении респонденток, отношении к беременности, взаимоотношениях с отцом ребёнка, родителями и другими родственниками. Также женщинам было предложено оценить доступность лекарственных средств, уровень компетентности медицинского персонала женской консультации, уровень эмпатии врача.

Эмпирическое исследование проходило на базе женской консультации г.Алейска среди женщин, состоящих на учете по беременности. В исследовании приняли участие 44 женщины в возрасте от 16 до 41 года. Выборка была разделена на две группы по результатам шкалы «Приверженность к лечению»



методики «КОП-25». Таким образом, в нашем исследовании выборку составляют две группы испытуемых: 1 группа – 15 беременных женщин с низким уровнем комплаентности, 2 группа – 29 беременных женщин со средним и высоким уровнем комплаентности.

Для изучения факторов приверженности к лечению респондентам были предложены методики: Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) Н.А. Николаева, Ю.П. Скирденко; Висбаденский опросник Н. Пезешкиана, Х. Дайденабаха; Тест отношений беременной (ТОБ) И.В. Добрякова, Семейные эмоциональные коммуникации (СЭК) А.Б. Холмогоровой, С.В. Воликовой.

Результаты и их обсуждение

По результатам исследования, у 34,1% испытуемых выявлен низкий уровень приверженности к лечению, для 40,9% беременных женщин характерен средний уровень, 25% женщин имеют высокий уровень приверженности к лечению.

Для оценки достоверности различий между группами использовался непараметрический критерий для несвязанных выборок U Манна-Уитни. В результате проведенного исследования были выявлены значимые различия между группой женщин с низким уровнем комплаентности и группой женщин с высоким и средним уровнем комплаентности в личностных характеристиках «Надежда», «Сексуальность». Также выявлено различие выраженности эйфорического типа психологического компонента гестационной доминанты. Выявлено различие между группами в такой дисфункции межличностных отношений в родительской семье, как «Семейный перфекционизм».



Таблица 1.

Результаты сравнительного анализа по методике «Висбаденский опросник» (по критерию U Манна-Уитни)

	Средние значения		U	Z	Уровень значимости, р
	Группа 1	Группа 2			
Надежда	9,93	10,83	126	-2,37	0,019
Сексуальность	9,53	10,38	128	-2,286	0,022

Примечание: группа 1 – беременные женщины с низким уровнем комплаентности, группа 2 – беременные женщины с высоким и средним уровнем комплаентности.

Таблица 2.

Результаты сравнительного анализа по методике «Тест отношений беременной» (по критерию U Манна-Уитни)

	Средние значения		U	Z	Уровень значимости, р
	Группа 1	Группа 2			
Эйфорический тип психологического компонента гестационной доминанты	2,07	2,97	139	-1,963	0,050

Примечание: группа 1 – беременные женщины с низким уровнем комплаентности, группа 2 – беременные женщины с высоким и средним уровнем комплаентности.

Таблица 3.

Результаты сравнительного анализа по методике «Семейные эмоциональные коммуникации» (по критерию U Манна-Уитни)

	Средние значения		U	Z	Уровень значимости, р
	Группа 1	Группа 2			
Семейный перфекционизм	4,87	5,93	117	-2,553	0,011

Примечание: группа 1 – беременные женщины с низким уровнем комплаентности, группа 2 – беременные женщины с высоким и средним уровнем комплаентности.



В результате корреляционного исследования с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена были выявлены следующие взаимосвязи:

1. тенденция к взаимосвязи ($p < 0,05$) между показателем «Приверженность к лечению» и такими личностными характеристиками, как чистоплотность ($r = 0,31$), надежда ($r = 0,33$); а также между приверженностью к лечению и эйфорическим типом психологического компонента гестационной доминанты ($r = 0,33$). Также выявлена статистически значимая взаимосвязь между приверженностью к лечению и семейным перфекционизмом ($r = 0,39$).

2. тенденция к прямой взаимосвязи показателя «Приверженность к лекарственной терапии» и эйфорического типом психологического компонента гестационной доминанты и тенденции к прямой взаимосвязи приверженности к лекарственной терапии и такими личностными характеристиками, как «Надежда», «Время», «Чистоплотность». Также была выявлена статистически значимая ($p < 0,01$) взаимосвязь приверженности к лекарственной терапии и семейного перфекционизма ($r = 0,39$).

3. тенденция к обратной взаимосвязи показателя «Приверженность к изменению образа жизни» с положительными эмоциями, вызываемыми мыслями о беременности ($r = -0,30$), а также тенденция к прямой взаимосвязи приверженности к изменению образа жизни эйфорическим типом психологического компонента гестационной доминанты ($r = 0,30$), тенденция к обратной взаимосвязи с субъективной оценкой эмпатии врача ($r = 0,33$).

4. тенденция к прямой взаимосвязи показателя «Приверженность к изменению образа жизни» с эмоциями, которые вызывает беременность, а также с эйфорическим типом психологического компонента гестационной доминанты, а также тенденция к обратной взаимосвязи с субъективной оценкой эмпатии врача.



Заключение

1. В результате исследования особенностей проявления личностных характеристик у женщин в период беременности мы выявили, что такие характеристики, как «Надежда» и «Сексуальность» («Нежность к телу») более выражены у беременных с высоким и средним уровнем комплаентности. Таким образом, для данной группы характерно оптимистичное отношение в отношении будущего, ориентация на будущее, зависимость от физических контактов, забота о своём теле.

2. У группы женщин с высоким и средним уровнем комплаентности более выражен эйфорический тип психологического компонента гестационной доминанты, семейный перфекционизм как фактор, взаимосвязанный с приверженностью к лечению. Для данной группы характерно декларирование чрезмерной любви к ребёнку, ожидание повышенного внимания от окружающих. В родительской семье описываемой группы проявлялось стремление точно следовать правилам, выполнять задачи максимально эффективно.

3. Приверженность к лечению в целом и отдельные её компоненты взаимосвязаны с такими личностными характеристиками, как «Чистоплотность», «Надежда», «Время», а также с эйфорическим типом психологического компонента гестационной доминанты, положительными эмоциями от беременности, субъективной оценкой принятия врачом пациента, семейным перфекционизмом. Беременные женщины, обладающие личностными характеристиками «Чистоплотность», «Надежда» в процессе взаимодействия с врачом демонстрируют формальную комплаентность. Также формальная комплаентность характерна для женщин с эйфорическим типом психологического компонента гестационной доминанты. Для женщин, в родительской семье которых проявлялся семейный перфекционизм как



привычное следование регламенту, характерно исполнение рекомендаций и назначений врача, приём назначенных лекарственных препаратов, посещение лечащего врача по определённому врачом графику.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Деларю Н.В. COMPLAINTS беременных женщин: оценки специалистов в области перинатологии (результаты панельного исследования) //Волгоградский научно-медицинский журнал. 2018. № 3. С.13-14.
2. Кудрявцева Т.В., Березкина И.В., Орехова Л.Ю., Шиянова А.Д., Оксас Н.С., Рахова В.Н. Изучение информированности беременных женщин по вопросам индивидуальной гигиены полости рта и профилактике стоматологических заболеваний //Стоматология детского возраста и профилактика. 2022. № 22(1). С. 12-18.
3. Эльзессер А.С., Капустина Т.В. О проблеме комплаентности в контексте социально значимых заболеваний //Российская наука и образование сегодня: проблемы и перспективы. 2019. № 5. С. 93-96.
4. Wurie F.B., Cooper V., Horne R., Hayward A.C. Determinants of non-adherence to treatment for tuberculosis in high-income and middle-income settings: A systematic review protocol //British Medical Journal Open. – 2018. – Vol. 8 – P.136-143.

ВЛИЯНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР НА УРОВЕНЬ СТРЕССА И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Павлова Д. Ю., Мальцева С. И.

*Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»,
Россия, г. Красноярск*

Аннотация. В статье рассматривается влияние компьютерных игр на уровень стресса и психологическое благополучие старших школьников. Были



проанализированы результаты исследования, в котором участвовали 40 подростков 10-11 классов, разделенных на три группы по уровню вовлеченности в компьютерные игры: зависимые, увлеченные и не интересующиеся играми. Исследование показало, что уровень стресса у подростков значительно различается в зависимости от их отношения к играм. У подростков, имеющих зависимость от игр, наблюдался более высокий уровень стресса, в то время как у увлеченных и не интересующихся игроками стресс был значительно ниже.

Ключевые слова: компьютерные игры, стресс, психологическое благополучие, подростки, зависимость, влияние, исследования.

INFLUENCE OF COMPUTER GAMES ON STRESS LEVEL AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF SENIOR SCHOOL CHILDREN

D. Yu. Pavlova

*Autonomous Non-Commercial Organization of Higher Education
«Siberian Institute of Business, Management and Psychology»,
Russia, Krasnoyarsk*

Abstract. The article examines the influence of computer games on stress levels and psychological well-being of senior school students. The results of a study were analyzed, which involved 40 teenagers in grades 10-11, divided into three groups by the level of involvement in computer games: addicted, passionate and not interested in games. The study showed that the stress level of teenagers varies significantly depending on their attitude to games. Teenagers with a gaming addiction had a higher stress level, while passionate and not interested players had significantly lower stress.

Keywords: computer games, stress, psychological well-being, teenagers, addiction, influence, research.



Введение

Актуальность обусловлена несколькими факторами. Во-первых, компьютерные игры стали неотъемлемой частью современной жизни и играют значительную роль в развитии подростков. Сегодня практически каждый подросток в той или иной степени играет в игры, проводя за ними значительное количество времени. Это делает изучение их влияния на формирование личности и психическое здоровье чрезвычайно важным.

Во-вторых, существует много противоречивых мнений о влиянии игр на подростков. Одни считают, что игры могут способствовать развитию когнитивных способностей, реакции и координации, а также создавать возможности для социального взаимодействия. Другие же видят в них источник зависимости, агрессии, проблем со сном и снижения учебной мотивации. Необходимость провести глубокое исследование для получения достоверной информации о реальном влиянии игр на подростков является крайне актуальной.

В-третьих, результаты исследований могут быть использованы для разработки эффективных стратегий по здоровому использованию компьютерных игр, предотвращению зависимости и поддержке подростков. Важно научить родителей, педагогов и самих подростков правильно относиться к компьютерным играм, определять границы их использования и предотвращать возможные негативные последствия [3].

Наконец, изучение влияния компьютерных игр на подростков поможет лучше понять место игр в их жизни и их роль в формировании личности. Это позволит разработать более эффективные методы работы с подростками, учитывая их интересы и особенности современного мира [2].

Таким образом, актуальность изучения влияния компьютерных игр на подростков очевидна. Результаты исследований помогут нам лучше понять эту



сложную проблему и разработать эффективные стратегии для здорового развития подростков в современном мире.

Компьютерные игры стали неотъемлемой частью жизни современного поколения, особенно для старших школьников. Подростки проводят значительное время в виртуальном мире, уделяя играм много внимания и энергии [1]. Однако, существует много противоречивых мнений о влиянии компьютерных игр на психическое здоровье подростков. Одни считают, что игры могут способствовать развитию когнитивных способностей и социальных навыков, другие же видят в них источник зависимости, агрессии и проблем с психическим здоровьем.

Компьютерная зависимость – это патологическое пристрастие к работе или проведению времени за компьютером [8].

К основным причинам Компьютерной зависимости среди подростков можно отнести одиночество, социальную дезадаптацию, поиск острых ощущений, недоступных в реальном мире, депрессия и психические отклонения. Подобная зависимость несет в себе разрушающий вред для личности подростка.

Компьютерные игры являются привлекательными для подростков:

- как средство ухода от реальности за счет возможности анонимных социальных интеракций;
- как средство приобретения чувства безопасности и осознание своей анонимности при осуществлении интеракций;
- это возможность для реализации каких-то представлений, фантазий с обратной связью;
- это неограниченный доступ к информации - информационный вампиризм [5].



Объекты и методы исследования

В исследовании приняли участие 40 старшеклассников из 10 и 11 классов, которые были разделены на две группы по 20 человек в каждой.

Первая группа состояла из подростков, которые не играют в компьютерные игры, или же играют крайне редко.

Вторая группа объединяла школьников, регулярно играющих в компьютерные игры, проводящих за ними значительное количество времени.

Такое разделение позволило провести сравнительный анализ и выявить влияние компьютерных игр на психологическое благополучие подростков, определить существенные различия в психическом состоянии между двумя группами.

Методы исследования:

- 1) Анкета на тему «Использование компьютера школьниками»
- 2) Шкала PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона, адаптация Н. Е. Водопьяновой.
- 3) Шкала психологического благополучия (К. Рифф)

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов анкеты позволил выявить три разные группы подростков по отношению к компьютерным играм:

1. Высокий уровень зависимости от игр (30%):

В эту группу вошли 12 подростков, которые продемонстрировали признаки зависимости от компьютерных игр. Для них характерно чрезмерное проведение времени за играми, что отрицательно влияет на их личную жизнь, учебу, общение с друзьями и семьей. Они часто пренебрегают своими обязанностями и потребностями, сосредоточиваясь исключительно на играх.

2. Увлечение играми (20%):

В эту группу вошли 8 подростков, которые также уделяют много времени играм, но при этом не проявляют признаков зависимости. Они увлекаются



играми, но не забывают о своих обязанностях и других аспектах жизни. Они умеют контролировать время, проводимое за играми, и не позволяют им влиять на их личную жизнь. (рисунок 1)

Отдельную группу составили подростки, которые совсем не играют в компьютерные игры.

3. Отсутствие интереса к играм (50%):

В эту группу вошли 20 подростков, которые не проявляют интереса к компьютерным играм или же играют в них очень редко. Для них характерно проведение небольшого количества времени за компьютером, а их свободное время занимают другие увлечения и интересы.

Важно отметить, что эти три группы подростков отличаются не только по количеству времени, проводимого за играми, но и по степени их влияния на личную жизнь, психическое здоровье и учебную деятельность.

Анализ ответов подростков в анкете выявил две ключевые причины, ограничивающие их время за компьютером, в частности, за игрой в компьютерные игры.

Во-первых, это ограничения, установленные родителями. Большинство опрошенных подростков сообщили о том, что их родители контролируют время, проводимое за компьютером, и применяют различные методы ограничения, от установки временных лимитов до полного отключения интернета или блокировки доступа к играм с помощью паролей.

Во-вторых, некоторые подростки просто не испытывают интереса к компьютерным играм. Они предпочитают другие виды досуга, например, общение с друзьями, спорт, творчество, чтение. Для них компьютерные игры не являются привлекательными или не вписываются в их интересы.

Далее было проведено тестирование на определение уровня стресса школьников, исследование уровня стресса у подростков, играющих в



компьютерные игры, является необходимым шагом в понимании их психологического благополучия и разработке эффективных стратегий по поддержке их психического здоровья.

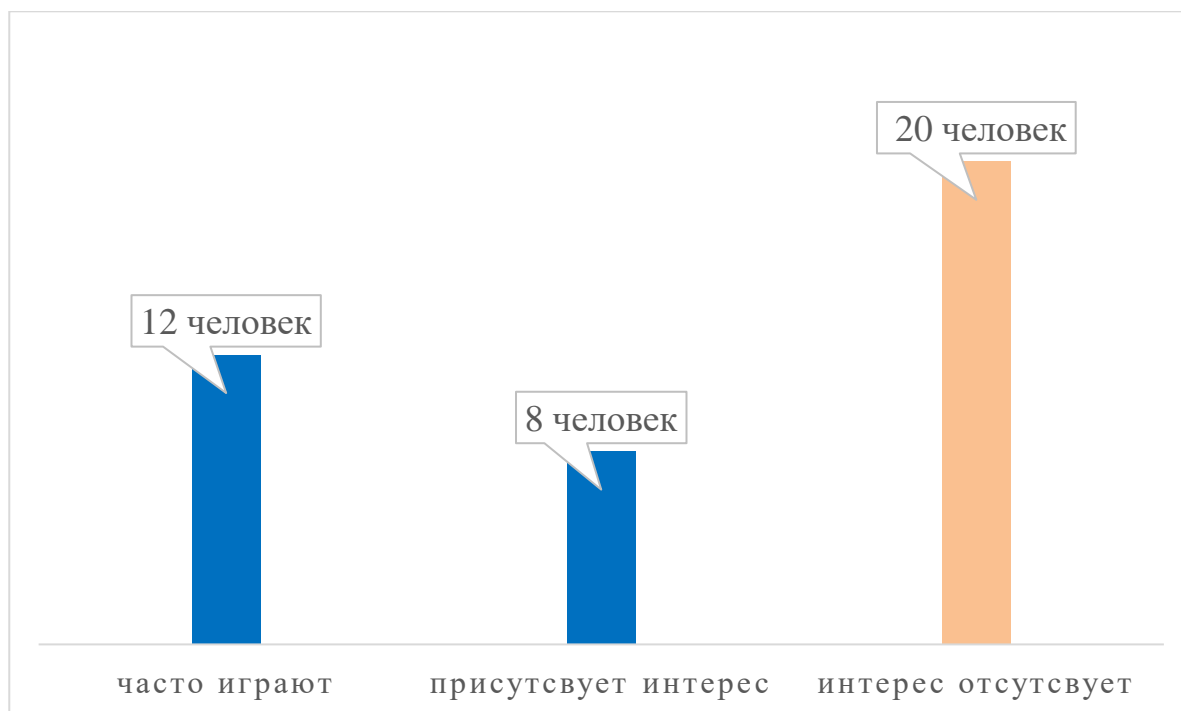


Рис. 1. – соотношение показателей, полученных в ходе анкетирования школьников на предмет их увлечения компьютерными играми

Проведенное исследование с помощью методики «Шкала психологического стресса» (PSM-25) показало, что уровень стресса у подростков различается:

- Высокий уровень стресса (35%) свидетельствует о дезадаптации и психическом дискомфорте. Таким подросткам необходимо предоставить специальную поддержку, включающую психологическую разгрузку, изменение стиля жизни и применение методов снижения стресса. Это может быть достигнуто с помощью психотерапии, релаксационных техник, упражнений на управление стрессом и занятий спортом [4].



- Средний уровень стресса (55%) указывает на необходимость соблюдения режима труда и отдыха, а также организации более рационального режима дня. В этом случае важно помочь подросткам выстроить свой расписание так, чтобы они имели достаточно времени как для учебы и творческой деятельности, так и для отдыха и увлечений.

- Низкий уровень стресса (10%) свидетельствует о хорошей адаптации к нагрузкам. Эти подростки, как правило, обладают хорошими компенсаторными механизмами и умеют эффективно справляться со стрессом. (рисунок 2).

Важно отметить, что уровень стресса у подростков может быть связан с различными факторами, включая ограничения со стороны родителей, личную склонность к стрессу, учебные нагрузки, социальные отношения и другие факторы. А повышенный уровень стресса чаще встречался у подростков, имеющих зависимость от компьютерных игр, а также у тех, чьи родители ограничивают им доступ к гаджетам. Это подтверждает существенную роль семьи и окружающей среды в формировании психологического благополучия подростков [6].

Исследование психологического благополучия подростков, проведенное с использованием специальных методик, показало следующие результаты:

5 подростков из общего числа участников продемонстрировали низкий уровень психологического благополучия. При этом все они являются активными игроками, проводящими значительное количество времени за компьютерными играми.

Такая связь между низким уровнем психологического благополучия и активным использованием компьютерных игр может указывать на несколько важных факторов: возможно, подростки используют компьютерные игры как способ уйти от реальных проблем и негативных эмоций, которые они



испытывают в реальной жизни. Виртуальный мир может предлагать им иллюзию контроля, успеха и признания, чего им не хватает в реальности.

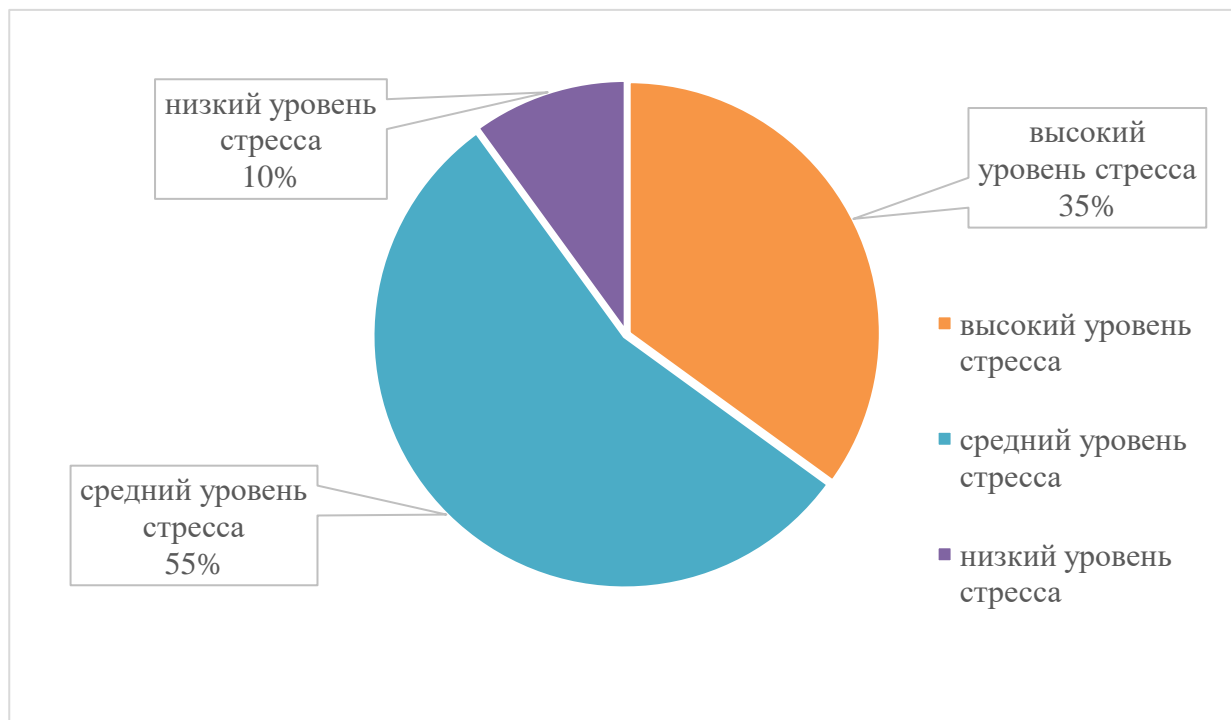


Рис. 2. – Соотношение результатов по методике «Шкала психологического стресса (Psychological Stress Measure, PSM-25)»

Чрезмерное использование игр может приводить к развитию зависимости, которая в свою очередь увеличивает уровень стресса и отрицательно влияет на психологическое благополучие.

Зависимость от компьютерных игр может приводить к снижению социальной активности и ограничению общения с друзьями и семьей. Это также может отрицательно сказываться на психологическом благополучии.

Подростки, которые не зависят от компьютерных игр и не проводят за ними много времени по собственному решению, часто отличаются более высоким уровнем психологического благополучия. Такой выбор позволяет им



вести более разнообразную и насыщенную жизнь, уделяя внимание разным видам деятельности и интересам [6].

В свою очередь, у значительной части участников наблюдается средний уровень благополучия. Из 40 опрошенных 28 человек (70%) продемонстрировали средние показатели по шкале психологического благополучия. Это указывает на то, что они не испытывают явных проблем с психическим здоровьем, но и не отличаются особой стабильностью и уверенностью в себе.

Такой средний уровень психологического благополучия может говорить о том, что подростки находятся в периоде перехода и адаптации к новому этапу жизни, характеризующемуся усилением учебных нагрузок, формированием новых социальных связей и поиском своего места в обществе. В этот период у них могут возникать трудности с самооценкой, эмоциональной регуляцией и межличностными отношениями.

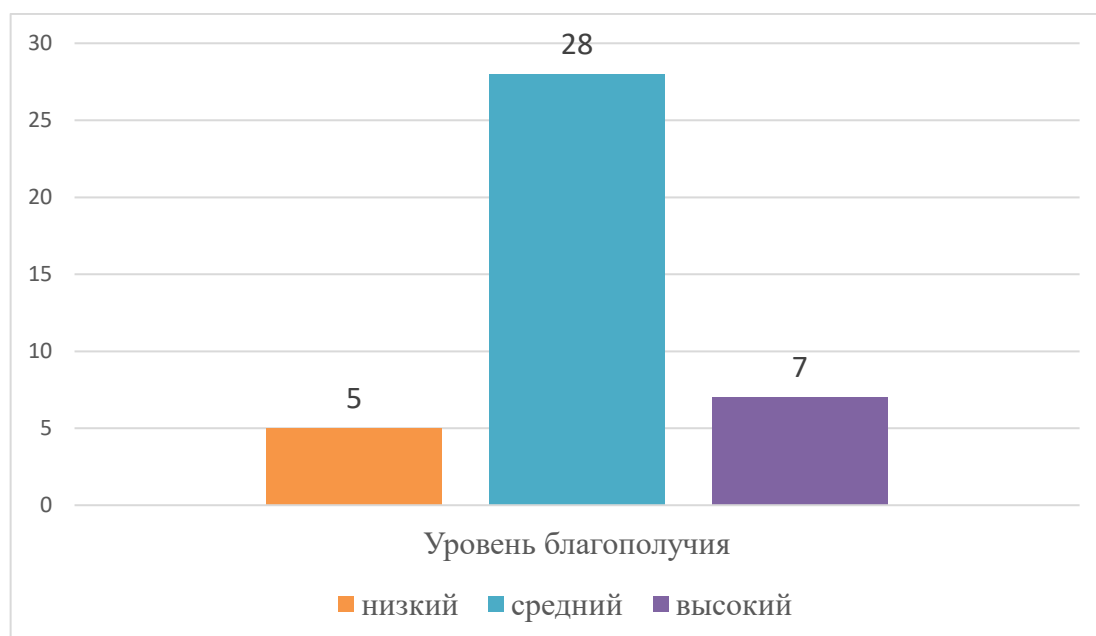


Рис. 3. – Результаты по методике «Шкала психологического благополучия (К. Рифф)».



В свою очередь, у значительной части участников наблюдается средний уровень благополучия. Из 40 опрошенных 28 человек (70%) продемонстрировали средние показатели по шкале психологического благополучия. Это указывает на то, что они не испытывают явных проблем с психическим здоровьем, но и не отличаются особой стабильностью и уверенностью в себе.

Такой средний уровень психологического благополучия может говорить о том, что подростки находятся в периоде перехода и адаптации к новому этапу жизни, характеризующемуся усилением учебных нагрузок, формированием новых социальных связей и поиском своего места в обществе. В этот период у них могут возникать трудности с самооценкой, эмоциональной регуляцией и межличностными отношениями.

Чрезмерное использование игр может приводить к развитию зависимости, которая в свою очередь увеличивает уровень стресса и отрицательно влияет на психологическое благополучие [7, 8].

Зависимость от компьютерных игр может приводить к снижению социальной активности и ограничению общения с друзьями и семьей. Это также может отрицательно сказываться на психологическом благополучии.

Подростки, которые не зависят от компьютерных игр и не проводят за ними много времени по собственному решению, часто отличаются более высоким уровнем психологического благополучия. Такой выбор позволяет им вести более разнообразную и насыщенную жизнь, уделяя внимание разным видам деятельности и интересам.

Важно отметить, что средний уровень благополучия не означает отсутствие проблем. Подростки с такими показателями могут испытывать периодические чувства тревоги, страха, неуверенности в себе, что может



отрицательно влиять на их учебную деятельность, социальные отношения и общее качество жизни.

Для подростков с средним уровнем психологического благополучия важно предоставлять необходимую поддержку и помощь в формировании здоровых механизмов справлением со стрессом, укреплении самооценки и развитии социальных навыков. Это может быть достигнуто с помощью родителей, педагогов, психологов и других специалистов.

Заключение

Можно сказать, что подростковый возраст – это время поиска себя, самоутверждения и поиска своего места в мире. Именно в этот период у подростков возникает огромная потребность в удовлетворении своих потребностей, в том числе в получении удовольствия, развлечения, развитии навыков и социальном взаимодействии. Компьютерные игры, с их захватывающими сюжетами, яркими визуальными эффектами, динамичным геймплеем и возможностью создавать виртуальные миры, представляют собой привлекательный способ удовлетворить эти потребности.

Игры дают подросткам возможность отвлечься от рутины и погрузиться в мир фантазии и приключений, где они могут проявить свои творческие способности, развивать когнитивные навыки, такие как стратегическое мышление и реакция, а также улучшать свою координацию. Многопользовательские игры позволяют подросткам взаимодействовать с другими людьми, находить новых друзей и укреплять существующие связи, что особенно важно в этот период жизни.

Кроме того, игры дают возможность добиваться успеха и получать признание от других игроков, что может компенсировать нехватку внимания и признания в реальной жизни. В виртуальном мире подростки могут скрыться от



проблем и негативных эмоций, что служит своеобразным механизмом компенсации неудовлетворенных потребностей и желаний.

Конечно, не стоит забывать о возможных негативных последствиях чрезмерного использования игр. Зависимость, увеличение агрессии, снижение социальной активности и проблемы со сном могут стать серьезными проблемами. Однако, здоровое и умеренное использование компьютерных игр может способствовать развитию и социализации подростков, помогая им увереннее чувствовать себя в реальном мире.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии // Сибирская психология сегодня: сборник научн. трудов / под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого. Кемерово: Кузбассвузиздат, 2019. Вып. 2. С. 82-90.
2. Березина, В. А. Интернет-зависимость старшеклассников в контексте исследования личностных качеств / В. А. Березина, А. А. Шаров // Прогнозирование профессионального будущего молодежи в условиях цифровой экономики: материалы Всероссийской научно-практической конференции, Первоуральск, 12 марта 2020 г. Екатеринбург: Издательство РГППУ, 2020. С. 241-247.
3. Галиев, Р. Р. Обзор исследований жизнестойкости личности / Р. Р. Галиев // Общество: социология, психология, педагогика. 2022. № 1(93). С. 129-133. DOI 10.24158/spp.2022.1.16. – EDN XZ WVRC.
4. Мухидова Г.Х. Патологические и психологические особенности компьютерной-зависимости у подростков // Scientific progress. 2022. №4.



5. Лебедева Екатерина Владимировна, Горфинкель Виталий Аркадьевич Взаимосвязь копинг-стратегий и компьютерной зависимости старшеклассников // Педагогическое образование в России. 2022. №6.

6. Трофимова, В. С. Взаимосвязь способности к преодолению смысложизненных кризисов и качества жизнестойкости / В. С. Трофимова // Collegium Linguisticum-2024: Тезисы докладов Ежегодной конференции Студенческого научного общества МГЛУ, Москва, 05–07 марта 2024 года. Москва: Московский государственный лингвистический университет, 2024. С. 191-192. EDN LEZXJM.

7. Шахов, Л. М. Положительное и негативное влияние интернета на социализацию молодежи / Л. М. Шахов // Социально-экономические и демографические аспекты реализации национальных проектов в регионе: сборник статей X Уральского демографического форума: в 2-х т. Том II. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2019. С. 429-435.

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

**ВЛИЯНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦИФРОВЫХ УСТРОЙСТВ
НА КОГНИТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Палагичева Ю. А.

Кафедра психологии

ЧОУ ВО ЮУ «Институт Управления, Бизнеса и Права».

Россия, г. Ростов-на Дону

Научный руководитель – к.п.н., доцент Шолудченко И. Е



Аннотация. В наше время цифровые технологии стали неотъемлемой частью жизни каждого современного ребенка, однако воздействие этих технологий на когнитивные процессы, такие как память, ориентация во времени, двигательные навыки, внимание и восприятие продолжают активно изучаться и являются предметом активных исследований. В рамках данной работы изучено, как использование гаджетов влияет на развитие когнитивных функций у детей в возрасте 3–7 лет.

Ключевые слова: цифровые технологии, внимание, память, когнитивное функции, дети, гаджеты, образовательный контент, развлекательный контент, родители, нервная система, развитие.

THE IMPACT OF DIGITAL DEVICE USE ON THE COGNITIVE DEVELOPMENT OF PRESCHOOL CHILDREN.

Palagicheva Yu. A.

Department of Psychology (profile: clinical psychology)

Institute of Management, Business and Law,

Scientific supervisor – Ph.d. Sholudchenko I. E.

Abstract. Nowadays, digital technologies have become an integral part of the life of every modern child, but the impact of these technologies on cognitive processes such as memory, time orientation, motor skills, attention and perception continue to be actively studied and are the subject of active research. This paper examines how the use of gadgets affects the development of cognitive functions of children aged 3–7 years.

Keywords: digital technologies, attention, memory, cognitive functions, children, gadgets, educational content, entertainment content, parents, nervous system, development.



Влияние гаджетов на когнитивные способности детей 3–7 лет зависит от характера их использования, времени взаимодействия и роли родителей. Умеренное использование образовательных приложений может стимулировать развитие внимания, памяти, речи и мышления. Однако, чрезмерное увлечение развлекательным контентом и отсутствие контроля со стороны взрослых может негативно сказаться на когнитивных навыках. Положительное влияние гаджетов на развитие когнитивных сфер головного мозга наблюдается исключительно при использовании приложений с образовательным контентом.

Использование различных интерактивных образовательных игр часто требуют сосредоточенности, выполнения последовательности действий, что непосредственно развивают способность удерживать концентрацию внимания. Использование цифровых технологий для детей дошкольного возраста (3–7 лет) при правильной организации и ограниченном времени может внести положительный вклад в развитие когнитивных связей.

Современные интерактивные приложения и игры обладают образовательным потенциалом, который при умелом применении стимулирует познавательную активность и способствует формированию нейронных связей.

Во-первых, цифровые технологии развивают визуально-пространственное мышление. Игры и приложения с задачами на распознавание форм, цветов и пространственных отношений укрепляют способность ребенка анализировать и структурировать визуальную информацию.

Во-вторых, обучающие приложения помогают развивать память, включая задачи на запоминание последовательностей, поиск объектов и ассоциативное мышление. Интерактивные технологии способствуют развитию внимания.

Многие игры включают задания на поиск мелких деталей или выполнение пошаговых действий, что формирует способность ребенка к сосредоточению. Кроме того, некоторые приложения предоставляют детям возможность решать



задачи, используя метод проб и ошибок, что стимулирует развитие логического мышления и укрепляет навыки решения проблем. Цифровые технологии также способствуют языковому развитию.

Специальные приложения и платформы для изучения слов, букв или иностранного языка помогают детям расширять словарный запас и развивать навыки устной речи. Благодаря интерактивной форме обучения процесс становится интересным и увлекательным, что поддерживает мотивацию ребенка к познанию. Важно отметить, что использование технологий позволяет учитывать индивидуальный темп обучения ребенка.

Адаптивные приложения предлагают задания соответствующего уровня сложности, помогая каждому ребенку развиваться в комфортном для него ритме. Кроме того, приложения с элементами игрового обучения укрепляют интерес к новым знаниям, стимулируют любознательность и исследовательскую активность.

Для тренировки когнитивных способностей ребенка сейчас широко используются цифровые сервисы с использованием онлайн технологий. В России онлайн-курсы размещены на различных образовательных платформах «Открытое образование», «Одно окно» (online.edu.ru), We.Study, Emdesell, GetCourse, Justclick, Innovationbro, Memberlux, Zenclass и др. Технология «Игрофикация (геймификация)», она используется с дидактической целью. В ней применяются механизмы, которые используются в видеоиграх. Одним из вариантов геймификации являются веб-квесты.

Использование технологии веб-квест помогает решать следующие задачи: повышение мотивации, улучшение учебных достижений; использование методов графической визуализации; формирование информационной культуры; решение не шаблонных и творческих задач; оптимизирование учебной деятельности. Стратегия цифровизации образования предусматривает такие



перспективные инновационные технологии, как искусственный интеллект, блокчейн и виртуальная реальность. Искусственный интеллект – это технология, которую используют при решении различных «интеллектуальных» задач.

Взрослым важно создать условия, при которых гаджеты будут инструментом для развития, а не заменой традиционных форм обучения и общения. Игровая деятельность, являющаяся ведущей в этом возрасте, позволяет детям развивать причинно-следственные связи, логику и способность к планированию. Например, сюжетно-ролевые игры стимулируют воображение, а также способствуют укреплению связей между различными областями мозга. Важность сенсорного опыта также не может быть переоценена, так как взаимодействие с различными текстурами, звуками и запахами формирует фундамент для сложных познавательных процессов.

Дефицит стимуляции в этом возрасте может замедлить когнитивное развитие, что в дальнейшем может отразиться на обучаемости ребенка. Поэтому важно предоставлять детям разнообразные возможности для активного познания мира, чередуя интеллектуальные, физические и социальные активности. Создание благоприятной среды, включающей игру, творчество и общение, способствует гармоничному развитию когнитивных связей, формируя основу для успешного обучения и адаптации в школьные годы.

Рекомендуемое суммарное время использования гаджетов 3-5 лет составляет не более одного часа в день, а в возрасте 6-7 лет 1-1,30 часа. Ограничение времени использования гаджетов необходимо для обеспечения условий, в которых ребенок сможет развивать когнитивные, эмоциональные и социальные навыки через активное взаимодействие с окружающей средой и реальными людьми. [4]

Использование гаджетов ограничивает объем сенсомоторного опыта, который играет ключевую роль в формировании нейронных связей,



необходимых для когнитивного и эмоционального развития. Ограниченная физическая активность, вызванная заменой традиционных игр с использованием цифровых технологий, препятствует нормальному развитию мозга, так как движение является важным стимулом для нейропластичности. Заменяя живое общение с взрослыми и сверстниками, гаджеты могут нарушать формирование речевых навыков, что, в свою очередь, негативно сказывается на развитии способности к абстрактному мышлению и концептуализации. также систематическое взаимодействие с гаджетами способствует формированию зависимости от внешних стимулов, что ограничивает способность ребенка к самостоятельной регуляции эмоций и снижает мотивацию к исследованию окружающего мира.

Отрицательное влияние гаджетов на когнитивные сферы происходит при регулярном использовании развлекательного контента. При быстро сменяющихся ярких картинках нервная система ребенка не успевает справиться с большим потоком информации и начинает перевозбуждаться. Из-за большого объема информации и нехватки времени для осмысления происходит в мозге поверхностное запоминание, что приводит к снижению памяти. Шаблонные игры и развлекательный контент ограничивают ребенка в возможности креативного и творческого мышления, тем самым создаются условия, которые ограничивают когнитивное развитие мышления. [3]

Учитывая увеличение потребности обучающихся и преподавателей в содержательном цифровом контенте, в том числе курсах с внешних информационных площадок, образовательные курсы, разработанные сотрудниками университета, размещаются также на международных онлайн-ресурсах Coursera, Stepik, Udey, Universarium и «Открытое образование».

Таким образом, для обеспечения положительного воздействия цифровых технологий важно соблюдать баланс, используя целенаправленно и дозированно



технологии для когнитивного развития детей. Ограничение экранного времени, выбор качественного контента и активное участие родителей в процессе использования гаджетов являются ключевыми факторами для минимизации рисков и максимального использования потенциала цифровых устройств в развитии когнитивных способностей детей. Придерживаясь этих рекомендаций, цифровые технологии являются важным инструментом в воспитании и обучении дошкольников, способствуя их гармоничному развитию.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Рязанова Г. Н. Использование цифровых технологий в образовательном процессе высшей школы. *E-Management*. 2020; 3(2): 40-54.
2. Шолудченко И. Е. Инновационные технологии как ресурс повышения качества образования. Современное состояние, проблемы и перспективы развития отраслей науки, материалы VII всероссийской конференции с международным участием. 2022. С.296.
3. Шолудченко И.Е. Актуальные проблемы реализации здоровьесберегающих технологий в образовательной среде. Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции. Ростов-на-Дону. 2022. С.120-123.
4. Осипов Е.В. Практика применения современных технологий симуляционного обучения в процессе подготовки обучающихся в медицинских вузах. Общество, педагогика, психология: теория и практика. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. БУ ЧР ДПО «Чувашский республиканский институт образования» Министерства образования и молодежной политики Чувашской республики. Чебоксары, 2021. С.19-192.



**ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ
У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Парфенчук Д. Д.

*Кафедра клинической психологии и педагогики с курсом ПО
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России,
Россия, г. Красноярск*

Аннотация. В статье поднимается проблема профилактики депрессивных состояний у пациентов с заболеваниями сердца.

Ключевые слова: психопрофилактика, депрессивные состояния, виды психопрофилактики, степень депрессии, иррациональные установки.

**PSYCHOPROPHYLAXIS OF DEPRESSIVE STATES
IN CARDIOLOGICAL PATIENTS**

Parfenchuk D. D

*Department of Clinical Psychology and Pedagogy with a course in
Krasnoyarsk State Medical University
named after Prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia*

Abstract. The article raises the problem of the prevention of depressive states in patients with heart disease.

Keywords: psychoprophylaxis, depressive states, types of psychoprophylaxis, degree of depression, irrational attitudes.

Актуальность

Психопрофилактика - раздел общей профилактики, включающий комплекс мероприятий, обеспечивающих психическое здоровье и предупреждение возникновения и распространения психических заболеваний.



Ученые Кувшинова Н. Ю. (2003) Лакомская А.В (2015) определяют следующие задачи психопрофилактики: предотвращение действия на организм и личность болезнетворной причины, предупреждение развития заболевания путём его ранней диагностики и лечения, предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы [3, 7, 8.]

Выделяют следующие виды психопрофилактики:

1. Первичная психопрофилактика. Комплекс мероприятий, направленных на предупреждение вредных воздействий на человеческую психику и предупреждение психических заболеваний у психически здорового населения.

2. Вторичная психопрофилактика. Максимально раннее выявление начальных фаз нервно-психических заболеваний и их своевременное (раннее) активное лечение.

3. Третичная психопрофилактика. Предупреждение рецидивов нервно-психических заболеваний и восстановление трудоспособности человека, перенесшего заболевание. [6]

Постановка проблемы

Психопрофилактика депрессивных состояний важна из-за высокой распространенности психоэмоциональных расстройств и низкой приверженности лечению депрессивных состояний у пациентов кардиологического профиля. [4]

Опираясь на опыт своей работы Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. разработали психопрофилактические мероприятия для предотвращения депрессии, которые содержат коррекцию иррациональных убеждений. [2]

Процесс избавления от иррациональных установок состоит из следующих шагов:

1. Выявление негативной эмоции (грусть, злость и т.д.);



2. Определение события, вызвавшего эту эмоцию;
3. Понимание мыслей, возникших в связи с событием;
4. Идентификация иррационального верования, приведшего к мыслям;
5. Осознание наличия иррациональных установок через самонаблюдение;
6. Понимание их деструктивности с помощью рационализации;
7. Замена иррациональных установок на рациональные. [4]

Рассмотрим основные базовые убеждения, которые помогают избавиться от негативных мыслей при депрессивных состояниях.

Одним из базовых искажений является «долженствование», связанное с обязательствами. С целью избавиться от этой установки нужно заменить требования итогом пожелание, используя фразу «мне бы хотелось», что поможет снизить стресс при недостижении целей. [13]

Катастрофизация возникает у пациентов кардиологического профиля, когда им кажется, что выхода нет. Это гиперболизация негативных событий, воспринимая их как «конец света». Иррациональная установка «это приведет к ужасному» заменяется на позитивную: «ситуация неприятна, но выход всегда есть». [9]

Максимализм, в форме перфекционизма, оценивает себя и других по недостижимым стандартам. Важно ценить текущее и объективно оценивать способности. [5, 7]

Дихотомическое мышление делит всё на крайние категории; полезно развивать понимание относительности вещей. Чтение мыслей — приписывание людям нереализованных мнений. [11]

Сверхобобщение мышление делает универсальные выводы, мешая объективности. Замените мысль «все люди лгут» на «некоторые врут, а другие говорят правду». Оценочное мышление связано с общей характеристикой



личности. Формулировку «Я неудачник из-за низкого дохода» можно заменить: «Я не зарабатываю 1 млн. руб., но у меня много друзей и я умею шутить». [1]

Методы и материалы

Базой исследования являлся Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии в Красноярске. Выборка состояла из 60 человек (30 здоровых человек и 30 пациентов кардиологического профиля) в возрасте от 40 до 60 лет.

Использовались методы исследования такие как:

- теоретические методы (анализ теоретических источников)
- эмпирические методы (наблюдение, беседа, тестирование)-»Методика шкалы депрессии Бека» (А.Т. Бек)

- метод качественной и количественной обработки данных; а также:

Результаты исследования.

Полученные результаты исследования кардиологических пациентов по методике: «Шкала депрессии Бека» (А.Т. Бек) позволили оценить степень выраженности депрессии (результаты представлены на рисунке 1).

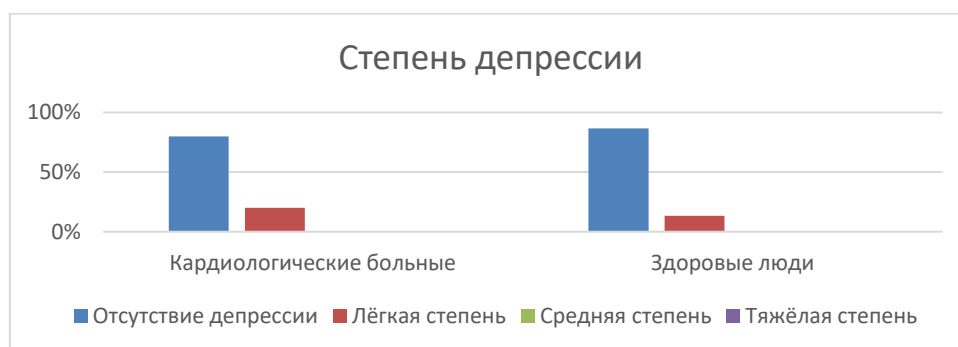


Рис 1. - Сравнительная характеристика выраженности депрессии у кардиологических пациентов и здоровых людей.

Профилактика депрессии имеет высокую значимость для пациентов кардиологического профиля, что поможет в их реабилитации и дальнейшей профилактике рецидивов заболеваний. В связи с этим нами была разработана и проведена программа психопрофилактики депрессии с пациентами,



находящимися в кардиологическом отделении, которая состояла из 8 занятий и 4 этапов, занятия проводились 2 раза в неделю.

Основные направления психопрофилактической программы: избавление от иррациональных установок (замена нелогичных и ригидных убеждений на рациональные); коррекция внутренней картины болезни; снятие эмоционального напряжения; коррекция образа жизни. [10,12]

После реализации психопрофилактической программы далее был проведён контрольный эксперимент, позволяющий оценить ее эффективность на пациентах кардиологического профиля (результаты представлены на рисунке 2).



Рис 2. - Эффективность психопрофилактики депрессии у пациентов кардиологического профиля.

Разработанная нами программа психопрофилактики оказалась эффективной: до проведения психопрофилактической программы депрессия присутствовала у 6 из 30 пациентов кардиологического профиля (что составляет 33,30 %), после психопрофилактических мероприятий присутствие депрессии снизилось на 5%, что составило 28,30%. В то время как у здоровых пациентов у 10 % присутствует депрессия, у 90% - она отсутствует.

Сравнительная характеристика выраженности депрессии у больных и здоровых пациентов в рамках контрольного эксперимента представлена на рисунке 3.

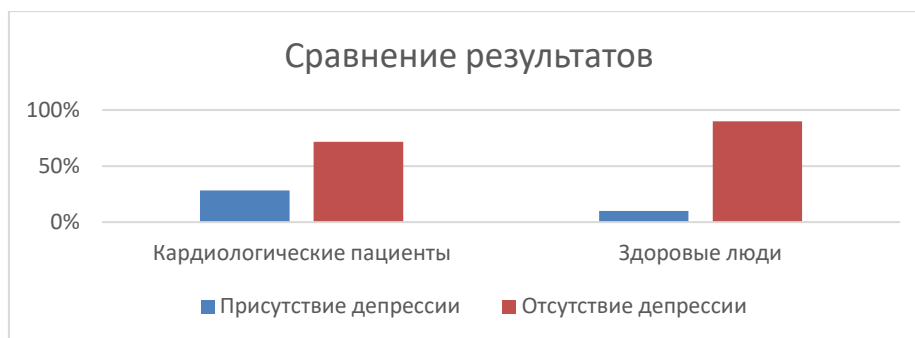


Рис 3. - Сравнение выраженности депрессии у кардиологических пациентов и здоровых людей после проведения психопрофилактики.

У кардиологических пациентов снизился уровень депрессии на 5%, а у здоровых уровень депрессии остался на том же уровне на каком он был изначально. Следовательно, разработанная нами психопрофилактическая программа подтвердила свою эффективность.

Заключение

Несмотря на применение современных методов лечения и психопрофилактики уровень смертности и депрессии у кардиологических пациентов остается высоким. Следовательно, необходимым является продолжение научных исследований, направленных на оптимизацию лечебно-профилактических мероприятий с расширением блока психологической профилактики. [3]

Наше исследование показало, что пациенты кардиологического профиля более подвержены депрессии на 18,30%, чем здоровые люди. Разработанная нами программа психопрофилактики, направленная на снижение уровня депрессии у пациентов кардиологического профиля подтвердила свою эффективность, ее реализация позволила снизить проявление депрессии у кардиологических больных на 5%.



Источники и литература / Sources and referens:

1. Азатян Н.Г. Роль клинического психолога в психокардиологической реабилитации // Медицинская психология в России. 2020. Т.12. №4
2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике / науч. ред. Л.И. Вассерман. СПб.: Речь, 2011. 271 с.
3. Великанов А.А., Зеленская И.А., Лубинская Е.И. [и др.] Организационные аспекты работы медицинского психолога в системе комплексной кардиореабилитации: анализ реальной ситуации и расчетной потребности // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2012. № 45(304). С. 78–82.
4. Гуреева И.Л. Клинико-психологические особенности панических атак в структуре ишемической болезни сердца // Тюменский медицинский журнал. 2011. № 2. С. 35.
5. Гуреева И.Л., Исаева Е.Р. Психологические особенности и отношение к здоровью у пациентов с артериальной гипертензией // Ученые записки СпбГМУ им. акад. Павлова И.П. 2015. Т. 22. № 4. С. 95-98.
6. Гуреева И.Л., Исаева Е.Р. Психологическое состояние пациентов в период ожидания хирургической операции протезирования клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2012. № 45.
7. Кувшинова Н.Ю. Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью сердца: влияние на качество жизни // Наука о здоровье. 2003. [Электронный ресурс]- URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/psihokorreksionnaya-rabota-s-bolnymi-ishemicheskoy-boleznyu-serdtsa-vliyanie-na-kachestvo-zhizni>(дата обращения: 26.09.2024).



8. Лакомская А.В. Психологическая помощь больным, перенесшим разные виды операций на сосудах сердца // Вестник психотерапии. 2015. № 55(60). С. 96–107.

9. О работе медицинского психолога в учреждениях здравоохранения: методические рекомендации / автор-сост. Т.Н. Денисова. Вологда: Департамент здравоохранения администрации Вологодской обл., 2002.

10. Серый А.В., Яницкий М.С., Солодухин А.В. [и др.] Методологические основания разработки комплексного подхода в психологической коррекции и психотерапии пациентов кардиологического профиля до и после коронарного шунтирования // Сибирский психологический журнал. 2017. № 63. С. 89–101.

11. Синцова С.В., Вотинцев А.Е., Заболотских Е.М. Клинический психолог и врач, совместное сопровождение кардиологических больных // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: электрон. науч. журн. 2016. № 4(15) [Электронный ресурс]. URL: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=236> (дата обращения: 18.10.2024).

12. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология. М.: Медицинское информационное агентство, 2005. 784 с.

13. Старкова Е.А., Образцова М.К., Вельм В.Н. [и др.] Оказание психологической помощи пациентам с острым коронарным синдромом как составной части общей кардиореабилитации на госпитальном этапе // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2014. Т. 128, № 5. С. 136–139.



**ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ
И УСПЕШНОСТИ СТРАТЕГИИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ
В СИТУАЦИИ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ НА ПРИМЕРЕ БОЛЬНЫХ
АФФЕКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Петров Е. Д., Пазенко Д. А.

*ФГАОУ ВО «Российский национальный медицинский университет
имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Россия, г. Москва*
Научный руководитель — к. психол. н., доцент Семенова Н.Д.

Аннотация. Исследуется взаимосвязь личностных особенностей и успешности стратегии принятия решений в ситуации неопределенности. Выборку составили 57 человек, из которых 27 больных аффективными заболеваниями (F32 и F33 по МКБ-10, проходящие лечение в дневном стационаре) и 30 медицинских работников. Группы были разделены по кластерам, отражающих успешность прохождения игровой задачи Айова (IGT) (1 кластер более успешен, чем кластер 2). Группа аффективных больных лучше справилась с игровой задачей, а также, имеет более высокие результаты по показателю межличностной интолерантности к неопределенности. Выявлены положительные корреляции показателей рациональности с выраженностью интолерантности к неопределенности для испытуемых из кластера 2.

Ключевые слова: принятие решений, фактор неопределенности, успешность стратегии принятия решений, выбор, игровая задача Айова, толерантность к неопределенности.



**THE RELATIONSHIP BETWEEN PERSONAL CHARACTERISTICS
AND THE SUCCESS OF A DECISION-MAKING STRATEGY IN A
SITUATION OF UNCERTAINTY ON THE EXAMPLE OF PATIENTS WITH
AFFECTIVE DISEASES AND MEDICAL STAFF**

Petrov E. D., Pazenko D. A.

Pirogov Russian National Research Medical University, Russia, Moscow

Scientific supervisor - Semenova N.D., PhD in psychology, docent

Abstract. The study investigated the interrelation between personal characteristics and the effectiveness of decision-making strategies in situations of uncertainty. The sample included 57 participants, including 27 individuals with affective disorders (F32 and F33 according to the ICD-10 classification) who were receiving treatment at a day patient facility, and 30 medical staff. The participants were divided into two clusters based on their performance in the Iowa Gambling Task. Cluster 1 showed more successful performance than Cluster 2. Patients with affective disorders performed better in the game task and also had higher scores for interpersonal tolerance to uncertainty. Participants in Cluster 2 showed positive correlations between rationality and tolerance to uncertainty.

Keywords: decision-making, uncertainty factor, decision making strategy success rate, choice, Iowa Gambling Task, tolerance to uncertainty.

Введение

Прогнозирование в психологии – одна из форм опережающего отражения наподобие многих явлений (антиципация, предвосхищение, экстраполяция, цель, образ потребного будущего и т.д.). Термины, которые используются для описания этого процесса многообразны, потому что прогнозирование включено во все уровни деятельности. Но чаще всего оно рассматривается в контексте изучения мышления.



Существуют концепции, рассматривающие процесс прогнозирования как особой деятельности, продукт которой – составление прогноза. Отечественный психолог Л.А. Регуш выделяет в прогнозирующей деятельности следующие особенности:

- 1) цель деятельности – построение знания о будущем;
- 2) недостаточность данных для полноценного анализа;
- 3) вероятностный характер искомых элементов;
- 4) способ поиска решения в прогностических задачах не определяется условиями.

Наряду с вероятностным прогнозированием изучалось вынесение вероятностных суждений и сложных многоэтапных стратегий принятия решения. Изучение последнего невозможно без принятия такого явления, как неопределенность. Конструкт неопределенности в психологии соотносится с понятиями выбора и принятия решений в качестве уменьшения неопределенности [1, С. 82].

Таким образом, прогнозирование – предвосхищение человеком возможных событий, содержание которого рассматривалось как особенности взаимодействия мышления и поступка, как достижение целей, где неопределенность приобретала мотивообразующие свойства. Принятие решения – это особая форма активности сознания, которая снижает вариативность и обеспечивает представление ситуации, определенность и соответствие поведения найденным целям.

Говоря подробнее про неопределенность в контексте принятия решений, стоит дать ей более развернутое определение: субъективное ощущение отсутствия ясности при решении конкретной задачи, возникающее вследствие объективной нехватки необходимой информации. Другим вариантом определения может выступать следующее: неопределенность есть



субъективная, присущая исключительно человеку, мера недостатка необходимой для решения задачи информации. В контексте темы принятия решений, неопределенность стала важным аспектом при анализе явлений психики и поведения человека. Появление новых представлений о неопределенности подчеркивают актуальность рассмотрения различных подходов к пониманию этого понятия, которые сформировались в области психологии.

Неопределенность имеет различные основания. Например, О.К. Тихомиров выделяет объективную (внешнюю) и субъективную (внутреннюю) неопределенность. Первое возникает при отсутствии необходимых сведений или отсутствии возможности эти сведения получить для принятия решения. Второй вид неопределенности относится к ситуациям, когда ограниченное знание может восполниться, но не у всех людей может хватить когнитивных навыков для получения данных. Например, недостаточность знания из-за ограниченности времени на его получение, сложных условиях, когда психофизиологических возможностей человека не хватает для полного анализа ситуаций, недостаточности или ненаправленности усилий. Субъективная неопределенность представляет для нас наибольший интерес, так как в этом случае возможно изучение индивидуальных различий между людьми в их прогностических способностях, так как факторы субъективной неопределенности оказывают влияние на должен принять ситуацию неопределенности, поставить себе цели и определить из целей главные, которые и составляют личностную цену решения [4, С.94].

Дополняя вышесказанное, необходимо обозначить, почему мы рассматриваем неопределенность, как ощущение индивида, хотя используем понятие объективной неопределенности, которое, на первый взгляд, отражает стабильный фактор внешней среды. Понятие ощущения изначально



подразумевает субъективность. Опираясь на труды А.Н. Леонтьева, родоначальника используемого нами подхода и его ученика В.П. Зинченко, ощущение трактуется как «чувственный образ объективного свойства». То есть, отражение действительности, несущее в себе функции сигнальную и ориентировочную. Так, неопределенность является специфической частью общего отражения, указывающей на недостаток требующихся для дальнейшей деятельности данных. Учитывая различия всех сфер психического у индивидов, каждый неосознанно для себя определяет наличие или отсутствие самого факта недостатка данных [5, С. 109].

Однако, исключительно неопределенности недостаточно, для качественного изучения принятия решений индивида. Так, в качестве одного из выбора образующих факторов выступают личностные особенности субъекта, в ситуации выбора. Т.В. Корнилова обособляет личностные особенности в единую систему - модель интеллектуально-личностного потенциала. Данная модель предполагает единство интеллектуальных и личностных аспектов при регуляции выбора и принятии решений. Реализуется она с помощью преодоления неопределенности комплексом множества психических процессов. Отражается формированием новообразований как маркеров приложенных усилий индивида в ситуации выбора. Самостоятельно интеллектуальные и личностные аспекты ИЛП не определяют итоговое решение, но являются обязательными его условиями, превосходящими характеристиками [2, С.332].

Объект - фактор неопределенности в процессе принятия решений у групп нормы и патологии.

Методы: компьютерная версия методики «" Игровая задача Айова" - IGT (Iowa Gambling Task)»; «Новый опросник толерантности к неопределенности» (НТН) (адаптация Т.В. Корниловой, 2009); «Личностные факторы принятия решений ЛФР-25» (Т.В. Корнилова, 1994).



При выполнении IGT на экране появляются 4 колоды (А, В, С, D). Когда начинается игра, необходимо выбрать любую из этих колод. Каждый раз при выборе карты участник выигрывает определенное количество баллов, при этом иногда после выбора карты будет происходить и проигрыш. Количество выигранных и проигранных баллов в разных колодах разное, они не равнозначны (испытуемому дается только одна подсказка – есть «плохие» колоды). Цель игры – выиграть как можно больше баллов, чтобы это сделать нужно найти «плохие» колоды и выбирать только «хорошие» [3, С.42].

В исследовании приняло участие 57 человек, (25 мужчин и 32 женщины). 27 из них (экспериментальная группа) - больные с диагнозом F32 и F33 по МКБ-10, проходящие лечение в дневном стационаре, 30 - контрольная группа, набранная среди медицинских работников лечебных учреждений.

Результаты

По результатам Iowa Gambling Task (IGT), испытуемые из каждой группы с помощью кластерного анализа методом К-средних, были разделены на два кластера по результатам задачи. Кластеры отражают успешность стратегии принятия решений (в кластере I — более успешная стратегия, чем в кластере II).

В кластер I экспериментальной группы вошло 16 человек, в кластер II — 11 человек. В контрольной группе в кластер I вошли 11 человек, в кластер II — 19 человек.

Для сравнения групп был использован непараметрический критерий U-Манна-Уитни. У участников кластера I из обеих групп были обнаружены различия по показателям шкалы опросника НТН «Межличностная интолерантность к неопределенности» ($p < 0,01$) и общему количеству очков в IGT ($p < 0,01$). У участников кластера II из обеих групп значимых различий не выявлено.



По результатам корреляционного анализа с помощью критерия ранговой корреляции Спирмена обнаружались следующие значимые ($p < 0,05$) корреляции у участников из экспериментальной и контрольной групп (табл. 1).

Шкала	1	2	3	4	5
1. Толерантность к неопределенности (НТН)					
2. Интолерантность к неопределенности (ИТН)	-0,27 (-0,3)				
3. Межличностная интолерантность к неопределенности (ИТН)	-0,04 (0,1)	-0,06 (0,26)			
4. Рациональность (ЛФР-25)	-0,21 (-0,2)	0,18 (0,51*)	-0,02 (0,41*)		
5. Готовность к риску (ЛФР-25)	0,06 (0,39*)	0,23 (-0,26)	0,05 (-0,1)	-0,26 (-0,37*)	

Таблица 1. Примечания: вне скобок данные для кластера I, в скобках - данные для кластера II; «*» — $p < 0,05$. ТН - толерантность к неопределенности, ИТН - интолерантность к неопределенности, МИТН - межличностная интолерантность к неопределенности.

Заключение

Разделив экспериментальную и контрольную группы по кластерам, исходя из успешности прохождения игровой задачи, мы получили следующие результаты:

- группы (контрольная и экспериментальная), прошедшие игровую задачу менее успешно, не имеют различий по результатам опросников;



- у обеих групп, прошедших игровую задачу более успешно, выявились значимые различия по показателям шкалы опросника НТН «Межличностная интолерантность к неопределенности». Так, у группы аффективных больных более высокие средние показатели межличностной интолерантности к неопределенности, чем у группы медицинских работников. Мы предполагаем, это различие вызвано влиянием болезни и трудностями социальной адаптации.

- у обеих групп, прошедших игровую задачу более успешно, выявились значимые различия по общему количеству набранных очков. Так, группа аффективных больных в среднем более успешно справилась с IGT;

- выявлен высокий положительный уровень взаимосвязи показателей рациональности и интолерантности к неопределенности у всех испытуемых;

- выявлена положительная взаимосвязь на уровне тенденции показателей рациональности и межличностной интолерантности к неопределенности у всех испытуемых;

- выявлена положительная взаимосвязь на уровне тенденции показателей готовности к риску и толерантности к неопределенности у всех испытуемых;

- выявлена отрицательная взаимосвязь на уровне тенденции показателей готовности к риску и рациональности, что подтверждает внутреннюю согласованность опросника у всех испытуемых.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Епишин В.Е. Стратегии контроля неопределенности при решении прогностических задач // Экспериментальная психология. Том 14. № 1. 2021. С. 80-94.

2. Крюкова Е.А., Корнилова Т.В. Эмпатия и отношение к неопределенности и риску у российских врачей // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология, Том 12, номер 3. 2022. С. 331-346.



3. Смирнов С.Д., Чумакова М.А., Корнилов С.А., Краснов Е.В., Корнилова Т.В. Когнитивная и личностная регуляция стратегий решения прогностической задачи (на материале Iowa Gambling Task) // Вестник Московского Университета. серия 14: Психология, Номер 3. 2017. С. 39-59.

4. Тихомиров О.К. Психология мышления // учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии - 4-е издание, стер. - Сер. Высшее образование. 2008.

5. Kornilova T.V., Pavlova E.M., Bogacheva N.V., Kamenev I.I., Krasavtseva YU.V. Representations of medical risks and their connection to different personal characteristics of doctors and medical students // Psychology in Russia: state of the art Том 13, Номер 1. 2020. С. 99-120.

**ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАСТРОЙСТВА,
СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ БАРБИТУРАТОВ
И БЕНЗОДИАЗЕПИНОВ**

Полтаева А. С, Давыдов А. М.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия г. Кемерово

Научный руководитель - Яковлев А. С.

Аннотация. В данной статье будут рассмотрены механизмы действия барбитуратов и бензодиазепинов на психические и поведенческие функции. Проведен обзор существующей научной литературы по теме, что позволит выявить основные аспекты влияния данных препаратов на психическое здоровье. Также будет проанализирована проблема зависимости от этих веществ, включая механизмы формирования зависимости и последствия для психического состояния пациентов.



Ключевые слова: барбитураты, бензодиазепины, психические и поведенческие расстройства, синдром зависимости.

MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS ASSOCIATED WITH THE USE OF BARBITURATES AND BENZODIAZEPINES

Poletaeva A. S., Davydov A. M.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University

Ministry of Health of Russia, Kemerovo, Russia

Scientific supervisor - Yakovlev A. S.

Abstract. This article will examine the mechanisms of action of barbiturates and benzodiazepines on mental and behavioral functions. A review of the existing scientific literature on the topic has been conducted, which will reveal the main aspects of the effect of these drugs on mental health. The problem of dependence on these substances will also be analyzed, including the mechanisms of addiction formation and the consequences for the mental state of patients.

Keywords: barbiturates, benzodiazepines, mental and behavioral disorders, addiction syndrome.

Введение

Актуальность данной работы обусловлена растущей проблемой злоупотребления барбитуратами и бензодиазепинами в различных странах, что приводит к значительным последствиям для психического здоровья. По данным Всемирной организации здравоохранения, количество людей, страдающих от зависимостей, связанных с употреблением данных препаратов, продолжает увеличиваться, что требует глубоко понимания механизмов их действия и последствий длительного применения. Стоит отметить, что злоупотребление



этими веществами может не только привести к развитию зависимости, но и вызвать ухудшение когнитивных функций, а также различные расстройства психического здоровья, такие как депрессия, тревожные расстройства.

Цель исследования

Целью данного исследования является обобщение результатов опубликованных исследований о накопленных знаниях в области влияния барбитуратов и бензодиазепинов на психическое здоровье и когнитивные функции человека. А также сделать Заключение о текущем состоянии проблемы и предложить пути ее решения, что безусловно, будет способствовать улучшению качества жизни пациентов и повышению их уровня психического здоровья.

Материалы и методы исследования

Осуществлялся поиск научной литературы в таких электронных базах данных как «PubMed», «The Cochrane Library», «PsyInfo». Для идентификации соответствующих исследований использовалась комбинация ключевых слова: «бензодиазепины», «барбитураты», «влияние барбитуратов и бензодиазепинов», «злоупотребление барбитуратами и бензодиазепинами», «механизм барбитуратов» на русском и английских языках.

Результаты и их обсуждение

Согласно А.Р Лурии, высшие психические функции - это сложные психические процессы, прижизненно формирующиеся, социальные по своему происхождению, опосредованные по психологическому строению и произвольные по способу своего осуществления.

К ним относят мышление, речь, письмо, счет, память, произвольные движения и перцептивные процессы (процессы восприятия):

Познавательные психические процессы. К ним относятся ощущение, восприятие, представление, память, воображение, мышление, речь и внимание.



Эмоциональные психические процессы. В рамках этой группы рассматривают такие психические явления, как аффекты, эмоции, чувства, настроения и эмоциональный стресс.

Волевые психические процессы. Они наиболее ярко проявляются в ситуациях, связанных с принятием решений, преодолением трудностей, управлением своим поведением.

Память. Это психическая функция и один из видов мыслительной деятельности, необходимый для сохранения, накапливания и воспроизведения информации.

Речь. Служит для общения и передачи информации.

Мышление. Опосредованный процесс психических функций, обобщающий отражение закономерностей в реальности, существующий для преодоления проблем.

Внимание. Формирует направление и избирательность процесса познания.

Восприятие. Это чувственное отображение предмета или процесса в реальной действительности, которое воздействует на все органы чувств.

Психические расстройства, возникшие в результате употребления барбитуратов и бензодиазепинов, представляют собой сложную и многогранную проблему. Уровень влияния данных веществ на психическое состояние пациентов варьирует в зависимости от различных факторов, включая дозировку, продолжительность применения, индивидуальные предрасположенности и наличие сопутствующих заболеваний.

Барбитураты: влияние на психические функции человека

В крупном мета анализе, было выявлено что у пациентов, принимающих барбитураты в целях эйфории, используя для этого двойные и тройные терапевтические дозы, зависимость развивалась значительно быстрее, нежели чем у пациентов с сопутствующими психическими заболеваниями.



В первой группе больных, принимающих барбитураты в дозах, превышающих терапевтическую, а также при внутривенном введении барбитуратов в дозе 0,3 г, сразу проявлялось ощущение эйфории, продолжающееся в течение 6 часов и переходящую в сон. При пробуждении почти всегда проявлялась амнезия опьянения.

В первой группе больных, которые длительное время принимали терапевтические дозы, а потом стали их наращивать, эйфория более сглажена, возникает при приеме доз 0,4-0,5 г, проявляется в улучшении эмоционального состояния, подъеме настроения, а также в активизации, приливе сил, энергии, желании двигаться, говорить, усилении аппетита. Это состояние длится до 4 ч и переходит в сон с легкими и приятными сновидениями. Просыпаются больные с чувством бодрости, отдыха и хорошим настроением. Обычно они не расценивают это состояние как опьянение и утверждают, что принимают повышенные дозы барбитуратов с целью повысить работоспособность.

Так, при зависимости от барбитуратов вне их приема развивается состояние неудовлетворенности и разбитости, сопровождающееся «мрачными мыслями», тревожными опасениями, страхами, раздражительностью, усиливающимися в вечернее время. Характерна также бессонница. Если сон наступает днем, он краток. Ближайшей ночью засыпание бывает затрудненным. При пробуждении отмечают вялость, слабость, разбитость, невозможность сосредоточиться. Иногда бывают мышечная слабость, тремор, часто головная боль. Возможны тошнота и рвота. Аппетит отсутствует, нередко бывает жажда. В некоторых случаях стакан горячей воды возобновляет чувство опьянения: головокружение, подъем настроения, возрастание активности.

Через 6 мес. регулярного приема барбитуратов формируется физическая зависимость, характеризующаяся развитием абстинентного синдрома. К этому времени толерантность устанавливается уже на одном уровне - 1 г, иногда 1,5-



2 г. Меняется характер опьянения. Опьянение, если нет передозировки, не сопровождается нарушением сознания. Нет той расторможенности и болтливости, которые наблюдаются в начальном периоде. Появляется застревание аффектов, возможны приступы гнева, агрессии. В период интоксикации речь монотонна и однообразна, олигофазична, с персеверациями. Аффект злобный, застойный, напоминающий аффект больного эпилепсией. Еще больше нарушается сон. Заснуть больной может только при приеме увеличенной дозы снотворного.

К концу первых суток с момента появления абстинентного синдрома, нарастает тревога. Выражена слезливость, тоскливость, раздражительность, вспыльчивость, нередко суицидальные мысли, показные самоповреждения. В дальнейшем нарастает слабость, искажения зрительного восприятия. Психозы возникают на 3-7 день абстинентного синдрома, чаще всего психозы представлены делирием, реже- вербальными галлюцинациями. Делирий отличает наибольшая выраженность тревоги, злобности, напряженности, возможны слуховые галлюцинации.

Наибольшее влияние на психические функции человека, оказывает длительное употребление высоких терапевтических доз барбитуратов. Как следствие, возникает утомляемость, истощаемость внимания, снижение концентрации внимания, невозможность интенсивной умственной деятельности, постепенное снижение работоспособности. Постепенно развивается характерная барбитуровая деменция со снижением сообразительности, затруднениями при малейшем умственном усилии, медлительностью мышления, замедленной речью, ограничением запаса слов, грубыми нарушениями памяти. Больные не критичны к своему состоянию и заболеванию в целом. У них отсутствуют какие-либо нравственно-этические нормы поведения. Всё это приводит к нравственной деградации личности.



Бензодиазепины: влияние на психические функции человека.

Когнитивные функции: В одном из крупных метаанализов, охватывающем более 12 000 пациентов, установлено, что регулярное применение бензодиазепинов на протяжении более шести месяцев связано с когнитивным снижением, особенно в областях, связанных с памятью, вниманием и исполнительной функцией.

Длительное использование бензодиазепинов ухудшает когнитивные способности, в частности, память, внимание и скорость обработки информации. Исследования показывают, что у пациентов может возникнуть амнезия (потеря памяти), затруднения в восприятии и обработке новой информации, снижение концентрации и внимания. На уровне нейрофизиологии это связано с угнетением процессов обучения, обработки информации и запоминания. Пациенты отмечают замедленную реакцию, затруднения в выполнении интеллектуальных задач, снижение ясности мысли и сообразительности.

Эмоциональные функции: Бензодиазепины оказывают выраженное успокаивающее и анти-тревожное действие. На начальных этапах терапии наблюдается снижение тревожности, стабилизация настроения, чувство облегчения и расслабления. Однако при длительном применении происходит снижение эмоционального реагирования, что может привести к эмоциональной апатии и депрессивным симптомам. Снижается интенсивность чувств и способность к сопереживанию, что делает пациентов менее отзывчивыми к окружающей среде и социальным сигналам.

Волевые функции: Длительное применение бензодиазепинов ведет к снижению мотивации и инициативности. Пациенты теряют волевые способности к преодолению трудностей, становятся менее активными и более зависимыми от внешних стимулов и поддержки. Это связано с угнетением



дофаминергической системы, которая отвечает за мотивацию и желание действовать.

Поведенческие эффекты бензодиазепинов

На поведенческом уровне бензодиазепины вызывают заторможенность, сниженную активность и замедление реакции на внешние стимулы. На начальных этапах лечения пациенты могут испытывать некоторое облегчение симптомов тревожности, что отражается в улучшении социальной адаптации. Однако при длительном применении возможно проявление следующих эффектов:

Социальное избегание: Французское исследование с участием более 2000 человек показало, что пациенты, принимающие бензодиазепины длительное время, чаще сталкиваются с социальными затруднениями, включая снижение социальной активности, избегание сложных ситуаций и снижение профессиональной продуктивности. Были выявлены симптомы социальной изоляции и избегания.

Пациенты могут избегать социальных взаимодействий и сложных ситуаций, предпочитая одиночество.

Снижение интересов: теряется интерес к ранее значимым видам деятельности, так как бензодиазепины подавляют реакцию на положительные стимулы, что приводит к снижению общей активности и мотивации.

Изменение поведения: снижается самоконтроль и способность к самостоятельным решениям, повышается зависимость от внешней помощи.

Зависимость от бензодиазепинов развивается при длительном применении, особенно при приёме высоких доз. Формирование зависимости обусловлено снижением чувствительности ГАМК-рецепторов и перестройкой нейромедиаторных систем мозга. Признаки зависимости включают толерантность (постепенное снижение эффекта при прежней дозировке), что



требует увеличения дозы для достижения того же эффекта, а также развитие абстинентного синдрома при резком прекращении приёма.

Проявления зависимости: Исследование Медицинского центра Мичиганского университета: Исследователи изучили влияние дозировок и частоты приёма бензодиазепинов на развитие зависимости и толерантности у пациентов. Оказалось, что зависимость чаще развивалась у тех, кто принимал высокие дозы, особенно при кратковременных, но высокоинтенсивных курсах. У этих пациентов абстинентный синдром был более выражен и проявлялся в виде тревожности, бессонницы и панических атак.

Толерантность: Организм адаптируется к бензодиазепинам, и для достижения желаемого эффекта требуется все большая доза. Это приводит к риску передозировки и усилению побочных эффектов.

Абстинентный синдром: после прекращения приема бензодиазепинов пациенты могут испытывать тяжелые симптомы отмены, такие как повышенная тревожность, раздражительность, бессонница, панические атаки, судороги и галлюцинации. Абстиненция сопровождается тревожностью, бессонницей, напряженностью, депрессией и психозами, что усугубляет общее психическое состояние пациента и увеличивает риск рецидива.

Изменения настроения: Длительное использование бензодиазепинов пациентами с тревожными расстройствами в некоторых случаях приводило к повышению уровня раздражительности и развитию депрессивных симптомов, особенно в период отмены. Препараты обеспечивали временное облегчение тревожности, но долгосрочные эффекты включали эмоциональную заторможенность и повышенную уязвимость к депрессивным состояниям.

Пациенты отмечают перепады настроения, тягостные чувства пустоты и тревоги, которые становятся особенно выраженными в отсутствие препарата.



Заключение

В заключение нашего исследования, посвященного психическим и поведенческим расстройствам, связанным с употреблением барбитуратов и бензодиазепинов, необходимо подвести итоги и осветить ключевые аспекты, которые были рассмотрены в ходе работы. Проблема злоупотребления этими психотропными веществами является актуальной и требует внимательного анализа, поскольку она затрагивает не только индивидуальное здоровье пациентов, но и общественное благополучие в целом.

В ходе нашего исследования мы провели обширный обзор существующей научной литературы, что позволило нам глубже понять механизмы действия барбитуратов и бензодиазепинов, а также их влияние на психическое здоровье. Эти препараты, изначально разработанные для лечения различных расстройств, таких как тревожные состояния и бессонница, при длительном применении могут привести к серьезным негативным последствиям. Мы выявили, что злоупотребление этими веществами часто приводит к развитию зависимости, что, в свою очередь, усугубляет существующие психические расстройства и может вызвать новые, такие как депрессия, тревожные расстройства и когнитивные нарушения.

Когнитивные функции, как показали наши исследования, значительно ухудшаются при длительном применении барбитуратов и бензодиазепинов. Пациенты, использующие эти препараты, часто сталкиваются с проблемами памяти, концентрации и общей умственной активности. Это создает замкнутый круг, в котором ухудшение когнитивных функций может способствовать дальнейшему увеличению дозы препаратов, что ведет к еще большему ухудшению состояния.

Рекомендации включают в себя необходимость регулярного мониторинга состояния пациентов, использование альтернативных методов лечения, таких



как когнитивно-поведенческая терапия, а также информирование пациентов о возможных рисках и последствиях длительного применения данных препаратов.

В заключение, наше исследование подчеркивает важность комплексного подхода к проблеме злоупотребления барбитурами и бензодиазепинами. Необходимы дальнейшие исследования, направленные на изучение долгосрочных последствий употребления этих веществ, а также разработка эффективных стратегий лечения и профилактики. Важно помнить, что здоровье - это не только отсутствие болезни, но и состояние полного физического, психического и социального благополучия, и мы должны стремиться к его достижению для всех пациентов, нуждающихся в помощи.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Иванов А.И. Клинические аспекты злоупотребления барбитурами и бензодиазепинами // Психиатрия и психотерапия. 2019. № 3. С. 25–32.
2. Смирнов П.В. Эффекты отмены бензодиазепинов: патогенез и методы коррекции // Журнал неврологии и психиатрии. 2020. № 4. С. 78–85.
3. Кузнецова Л.С. Психологические особенности больных с зависимостью от барбитуратов // Психология зависимости. 2018. № 2. С. 50–58.
4. Яковлева Н.А. Барбитураты в клинической практике: профилактика и лечение зависимостей // Клиническая психология. 2021. № 1. С. 12–20.
5. Терентьев Д.В. Поведенческие расстройства при употреблении бензодиазепинов // Вопросы наркологии. 2017. № 4. С. 146–154.
6. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения // Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022.



**ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ: ХАРАКТЕР
КАК ОСНОВА ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ**

Помыткина Т. Е., Герасимова И. Д.

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Статья посвящена исследованию характера как ключевого элемента личности, его формированию и взаимосвязи с темпераментом. Авторы анализируют черты характера, их классификацию и влияние на поведение человека в различных сферах жизни. Особое внимание уделяется акцентуации характера и её последствиям для индивидуальности.

Ключевые слова: психология личности, формирование характера, черты характера, социальные факторы, отношения с окружающим миром.

**PSYCHOLOGY OF PERSONALITY: CHARACTER
AS THE BASIS OF INDIVIDUALITY**

Pomytkina T. E., Gerasimova I. D.

Department of Outpatient Therapy

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article is devoted to the study of character as a key element of personality, its formation and relationship with temperament. It examines various definitions of character, emphasizes the importance of social factors and personal experience in the process of its formation. Special attention is paid to the accentuation of character and its consequences for individuality.

Keywords: personality psychology, character formation, character traits, social factors, relationships with the outside world.



Введение

Психология личности представляет собой многогранную область, изучающую индивидуальные особенности человека и их влияние на поведение, эмоции и взаимодействие с окружающим миром. В центре этой дисциплины находится понятие характера, который можно рассматривать как «каркас» личности. Характер формируется под воздействием различных факторов, включая наследственность, воспитание и жизненный опыт, и оказывает значительное влияние на то, как человек воспринимает мир и реагирует на него [3, С.112].

С древнегреческих времён термин «характер» использовался для описания индивидуальных особенностей человека. Философ Теофраст в IV-III веках до н.э. ввёл это слово в научный оборот, подчеркивая его связь с нравственным обликом личности. Характер включает в себя не только эмоциональные и волевые черты, но и социальные установки, которые формируются в процессе взаимодействия с окружающей средой. Например, Р.С. Немов описывает характер как совокупность устойчивых черт, определяющих отношение человека к людям, работе и событиям вокруг него [5, С.230].

Изучение характера открывает возможности для личностного роста и самосовершенствования, а также для профессиональной деятельности в области психологии и смежных наук.

Объекты и методы исследования: изучение медицинских российских и зарубежных научных источников.

Результаты и их обсуждение

Определение и значение характера. Понятие характера имеет глубокие исторические корни и многогранное значение в психологии. В дословном переводе с греческого слово «характер» означает «чеканка» или «печать». Этот термин был введён в научный оборот философом Теофрастом в IV-III веках до



н.э., который использовал его для описания индивидуальных особенностей человека, акцентируя внимание на нравственном облике личности. В этом контексте характер стал отражением социально-нравственного лица человека, что отличает его от темперамента, который определяется биологическими и физиологическими свойствами организма. Различные психологи предлагали свои определения характера.

Например, Р.С. Немов описывает характер как совокупность устойчивых черт личности, которые определяют отношение человека к окружающим, к работе и к событиям, происходящим вокруг него. Это понимание подчеркивает, что характер формируется не только в рамках индивидуального опыта, но и в контексте социальных взаимодействий. Формирование характера связано с темпераментом - врожденной основой личности. Как отмечает К.К. Платонов, характер не является самостоятельной подструктурой личности; он представляет собой синтез различных элементов, пронизанных основными отношениями человека к окружающему миру [6, С.121].

Взаимосвязь характера и темперамента. Характер и темперамент - это два ключевых аспекта личности, которые играют важную роль в формировании поведения человека. Несмотря на то, что они взаимосвязаны, между ними существуют принципиальные различия. Темперамент представляет собой врожденные особенности, связанные с физиологическими и биологическими факторами, тогда как характер формируется под влиянием социальных условий, воспитания и жизненного опыта. Темперамент определяет динамику поведения человека, его эмоциональные реакции и способы взаимодействия с окружающим миром. Он включает в себя такие аспекты, как уровень активности, эмоциональная устойчивость, скорость реакции и общая реактивность.

С другой стороны, характер является приобретенным качеством, которое формируется на основе темперамента и обогащается личным опытом. Характер



включает в себя устойчивые черты личности, которые проявляются в действиях и отношениях человека к окружающим. Эти черты могут быть как положительными (например, настойчивость, добросердечность), так и отрицательными (например, упрямство или агрессивность).

Таким образом, взаимосвязь между характером и темпераментом представляет собой сложный процесс взаимодействия врожденных и приобретенных качеств личности. Понимание этой взаимосвязи позволяет глубже осознать механизмы формирования человеческого поведения и способствует более эффективному подходу к личностному развитию и психотерапии.

Черты характера. Черты характера представляют собой устойчивые особенности поведения, которые формируются в процессе жизнедеятельности и становятся свойствами личности. Например, когда мы говорим о том, что человек смелый или правдивый, мы подразумеваем, что эти качества являются неотъемлемой частью его характера, а не временными проявлениями [1, С. 112].

В отечественной психологии выделяются две основные группы черт характера:

1) **Отношенческие черты:** Эти черты связаны с тем, как человек взаимодействует с окружающим миром и другими людьми. К ним относятся:

- отношение к окружающему миру: Люди могут быть идейными и убежденными или безыдейными и беспринципными.
- отношение к труду: здесь выделяются целеустремленные (инициативные, трудолюбивые) и неорганизованные (бездеятельные) характеры.
- отношение к другим людям: Общительные люди обладают чуткостью и отзывчивостью, тогда как замкнутые могут проявлять недоверие и подозрительность.



- отношение к самому себе: это включает в себя коллективистские (чувство собственного достоинства, скромность) и эгоистичные (самоуверенность, эгоцентризм) черты.

2) Волевые, эмоциональные и интеллектуальные черты: Эти характеристики отражают внутренние качества личности и ее способности:

- волевые черты: смелость, решительность, настойчивость и самообладание.

- эмоциональные черты: мнительность, впечатлительность, уравновешенность и глубина переживаний.

- интеллектуальные черты: любознательность, смекалка, находчивость и новаторство.

Характер может быть как устойчивым, так и неустойчивым. Устойчивые характеры отличаются четкими морально-волевыми качествами. Человек с сильным характером способен принимать решения независимо от обстоятельств и демонстрировать настойчивость в достижении целей. В противоположность этому, слабый характер часто ассоциируется с безволием и зависимостью от внешних факторов. Например, смелость может быть положительной чертой в одной ситуации (например, в условиях опасности), но восприниматься как агрессивность в другой (например, в конфликте). Таким образом, понимание черт характера требует учета конкретных обстоятельств [4, С. 68].

Формирование характера. Формирование характера — это сложный и многогранный процесс, который происходит на протяжении всей жизни человека. Этот процесс включает в себя взаимодействие различных факторов, таких как наследственность, воспитание, социальная среда и личный опыт. Характер не является статичной сущностью; он развивается и изменяется в зависимости от обстоятельств и условий жизни [10, С.96].



Наследственность играет важную роль в формировании характера, так как она определяет предрасположенности к определенным чертам. Темперамент, как врожденная основа личности, задает динамику поведения и эмоциональные реакции. Например, человек с холерическим темпераментом может быть более активным и эмоциональным, что в дальнейшем повлияет на развитие таких черт характера, как решительность и настойчивость. В то же время, человек с флегматическим темпераментом может развивать терпимость и спокойствие. Воспитание и социальная среда оказывают значительное влияние на формирование характера. Семья, как первичная группа, играет ключевую роль в этом процессе. Например, поддержка и одобрение со стороны родителей могут способствовать развитию уверенности в себе и инициативности [2, С. 56].

Социальные группы также влияют на формирование характера. Участие в различных коллективах позволяет человеку овладеть новыми способами поведения и адаптироваться к социальным нормам. Групповое одобрение может иметь сильный терапевтический эффект, особенно в группах с высокой сплоченностью. Это создает возможности для взаимного обучения и обмена опытом [7, С.56].

Характер не является фиксированным; он подвержен изменениям под воздействием новых жизненных обстоятельств. Психология личности, исследующая характер как «каркас» индивидуальности, предоставляет нам важные инструменты для понимания человеческого поведения и взаимодействия [8, С.118]. Характер, как совокупность устойчивых черт, формируется под воздействием множества факторов, включая наследственность, воспитание и социальную среду. Это делает его динамичным элементом личности, который может изменяться в зависимости от жизненных обстоятельств и опыта. Это делает процесс формирования характера динамичным и многообразным [9, С.239].



Заключение

Понимание характера как ключевого элемента личности открывает новые горизонты для личностного роста и самосовершенствования. Это знание полезно не только для психологов и специалистов в области психотерапии, но и для каждого из нас в повседневной жизни. Осознавая свои черты характера и их влияние на поведение, мы можем более эффективно управлять своими действиями и взаимодействиями с окружающими.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Бен А. Психология и характер / под ред. М. И. Семёнова, А. Н. Горшкова. Москва: Издательство Просвещение, 1985. 256 с.
2. Corey G., Corey M. S. Groups: Process and Practice. 6th ed. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 2006. 464 с
3. Ганнушкин П. Б. Избранные труды по психиатрии. Москва: Издательство Юрайт, 2020. 166 с.
4. Захаров В. П., Хрящева Н. Ю. Социально-психологический тренинг. Ленинград: ЛГУ, 1990. 78 с.
5. Клагес Л. Психология индивидуальности / под ред. А. Н. Горшкова, И. В. Маслова. Москва: Издательство Наука, 1991. 320 с.
6. Немов Р. С. Психология: учебник для вузов / под ред. В. П. Зинченко, С. В. Ковалёва, Н. А. Лебедева. Москва: ВЛАДОС, 2003. 407 с.
7. Мерлин В. С. Характер как индивидуальность личности. Москва: Наука, 1990. 119 с.
8. Платонов К. К. Структура личности. Москва: Наука, 1986. 118 с.
9. Товбина В. Л. Психология личности: характер как «каркас» личности. Москва: Наука, 2005. С. 117-122.
10. Ялом И. Д. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. Нью-Йорк: Basic Books, 2005. 500 с.



**ПРОБЛЕМА ВЛИЯНИЯ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ
ЛИЧНОСТИ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ**

Пономаренко Ю. А.

Кафедра общей психологии

Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека,

Республика Узбекистан, г. Ташкент

Научный руководитель – Бондарева Е. В.

Аннотация. Статья посвящена исследованию влияния механизмов защиты на процесс профессионального самоопределения и карьеры в целом. Рассматриваются ключевые защитные механизмы, такие как вытеснение, идентификация, сублимация и другие механизмы в контексте их влияния на выбор профессии. Основные Заключение подчеркивают важность осознания защитных механизмов для успешного выбора профессии и профессионального роста.

Ключевые слова: профессиональное самоопределение, мотивация, карьера, защитный механизм, потребность.

**THE PROBLEM OF THE INFLUENCE
OF PERSONAL PROTECTIVE MECHANISMS ON PROFESSIONAL
SELF-DETERMINATION**

Ponomarenko Y. A.

Department of General Psychology

National University of Uzbekistan named after Mirzo Ulugbek, Tashkent

Scientific supervisor – Bondareva E. V.

Abstract. The article is devoted to the study of the influence of protection mechanisms on the process of professional self-determination and career in general. The key protective mechanisms such as displacement, identification, sublimation and other mechanisms are considered in the context of their influence on the choice of



profession. The main conclusions emphasize the importance of awareness of protective mechanisms for successful career choice and professional growth.

Keywords: professional self-determination, motivation, career, defense mechanism, need.

Введение

На сегодняшний день профессиональное самоопределение имеет большое значение, так как помогает человеку понять, в чем заключаются его сильные стороны, интересы и ценности, и как эти составляющие могут быть использованы для раскрытия собственного потенциала и осознанного выбора карьеры. Крайне важно, чтобы каждый специалист четко осознавал свои профессиональные цели, был уверенным в выбранном пути. Профессиональное самоопределение также способствует более осознанному управлению карьерой и помогает поддерживать мотивацию, что крайне положительно сказывается на личностном и карьерном росте.

Профессиональное определение важно не только для личного самодовольствия человека, но и для гармоничного и комфортного существования в обществе. Довольство своей профессией бесспорно влияет на продуктивность, стремление к постоянному повышению компетентности, способность и желание вносить значимый вклад в общий успех [12]. Принадлежность к определенной профессии помогает человеку чувствовать себя нужным и важным, создает чувство, что человек находится на «своем месте», а также укрепляет социальные связи, что тоже является крайне важным для здорового психологического состояния человека.

Профессиональное самоопределение требует глубокого понимания своих внутренних мотивов и потребностей – тех аспектов, о которых чаще всего упоминается школой психоанализа. В психоанализе важна осознанность того,



как бессознательные установки и отношения с родителями влияют на наше поведение и важные жизненные выборы, в том числе и профессиональный. Осознанный выбор профессии, который основан на истинных потребностях, учитывает личностные характеристики и интересы человека, несомненно, помогает достичь гармонии в профессиональной сфере.

Литературный обзор по проблеме

Классический психоанализ сформировал основу для понимания и объяснения неврозов, психической динамики и неосознаваемых мотивов поведения. Однако с течением времени и развитием психологической науки стали появляться новые течения и модификации психоанализа, которые предлагают более актуальные и современные подходы.

Взаимосвязь защитных механизмов и выбора профессии классики психоанализа затрагивали лишь косвенно, и мало где можно найти идеи, которые показывают их мысли на эту тему. Мы приведем основные их идеи, в которых они рассматривают влияние детского опыта на жизненные стремления и цели, которые могут включать выбор профессии.

Зигмунд Фрейд. В его теории родители играют огромную роль в дальнейшей жизни ребенка, влияя на выборы, которые он будет совершать, на взгляды и даже на то, что будет мешать ему спокойно жить. Также он заложил основы понимания защитных механизмов, которые используются по сей день и совершенствуются в современных психоаналитических подходах.

Защитный механизм – механизм, направленный на устранение или сведение к минимуму неприятных или травмирующих событий, приводящих к внутреннему конфликту, тревоге и дискомфорту [2, С.153].

К основным защитным механизмам Фрейд относит следующие механизмы:



- Вытеснение – бессознательное удаление неприятных мыслей, желаний и воспоминаний из сознания [7, С.112]. Вытеснение может привести к неосознанному избеганию профессий, связанных с болезненным опытом. Например, человек, переживший неудачное выступление на сцене, будет сдерживать интерес к профессиям, связанным с публичными выступлениями и сценой.
- Проекция – приписывание собственных негативных или неприемлемых для человека качеств или чувств другим людям [10, С.292]. Проекция может исказить восприятие других людей, тем самым мешая видеть реальную картину. Например, человек на руководящей должности может приписывать собственные амбиции другим, что будет мешать тормозить развитие коллектива и создавать неблагоприятную атмосферу.
- Замещение – перенаправление своих чувств с одного объекта на другой. В отношении профессии данный механизм может проявляться в выборе сферы, не связанной с подлинными интересами человека, чтобы компенсировать неудовлетворенность в другой сфере.
- Рационализация – механизм, характеризующийся поиском логических обоснований для своих действий, с целью избежать чувства вины или стыда [11, С.79]. Человек может убеждать себя, что текущее положение по службе его устраивает, оправдывая отказ в повышении начальника тем, что на старой должности меньше обязанностей и его квалификации действительно не хватает.
- Реактивное образование – превращение недопустимого, неприемлемого чувства в противоположное [8, С.129]. Например, подавленное недовольство работой проявляется в чрезмерной демонстрации приверженности, создавая внутренний конфликт.



- Регрессия – возврат к более ранним формам поведения в ответ на стресс. В отношении профессии это может проявляться в избегании ответственности, отказе браться за какое-либо дело, которое приводит к тревоге и стрессу.
- Сублимация – перенаправление социально неприемлемых импульсов в наиболее социально приемлемые [9, С.119]. Например, человек, имеющий проблемы с агрессией, выбирает профессию в спортивной сфере, чтобы сублимировать эту агрессию в более приемлемое русло и закрыть свою потребность в выражении агрессии.
- Отрицание – отказ признавать и принимать неприятную реальность, болезненную ситуацию [6, С.41]. Человек может игнорировать свои потребности и интересы, выбирая деятельность, которая не будет им соответствовать. Например, не будет признавать свою творческую натуру и выберет вместо этого более стабильную профессию инженера.
- Интеллектуализация – избегание эмоциональной реакции через чрезмерный анализ ситуации [9, С.140]. Такой чрезмерный анализ может привести к профессиональному выбору, который будет основан только лишь на логических заключениях и не будет соответствовать интересам человека, что по итогу вызовет неудовлетворенность в карьере.
- Изоляция - При изоляции эмоции отделяются от мыслей, что позволяет избегать переживаний, связанных с ситуацией [9, С.261]. Человек может рассуждать о травматичном событии спокойно, отрешенно, избегая эмоциональной вовлеченности. В отношении профессионального самоопределения человек будет выбирать профессию, которая не будет требовать эмоциональной вовлеченности, требовать социального взаимодействия.



- Идентификация – принятие качеств, поведения, интересов другого человека с целью повышения самооценки [9, С. 174]. В данном случае человек может перенимать качества другого человека, на которого хотел бы быть похожим, соответственно, выберет схожую сферу деятельности.

- Фантазирование – механизм, помогающий временно избежать реальности, неудовлетворяющей человека. Такой уход в фантазии может стать преградой для реального профессионального самоопределения или развития карьеры, так как вместо реальных действий для реализации своих целей человек будет избегать практических шагов или будет мечтать о недостижимом.

Анна Фрейд. В теории Анны Фрейд значительное место занимают защитные механизмы. Она писала, что защитные механизмы, сформированные в детстве, нередко становятся основой для выбора таких видов деятельности, в которых индивид сможет противостоять своим страхам, не затрагивать недостатки [5, С.65]. Иными словами, человек не выберет деятельность, с которой у него связаны плохие воспоминания, которая как-либо травмировала его в раннем возрасте, деятельность, при выполнении которой ему будет нужно использовать какой-либо защитный механизм.

Анна Фрейд классифицировала защитные механизмы в связи с определенными ситуациями, которые провоцируют тревожность. Выделяются следующие механизмы:

- Формирование реакции – с помощью данного защитного механизма неприемлемый импульс преодолевается путем усиления противоположной тенденции. В профессиональном самоопределении данный защитный механизм может проявляться путем подавления собственных неприемлемых желаний и замены их на более приемлемые. Как пример, излишне авторитарный человек, чувствующий вину за свое стремление к доминированию, может выбрать



профессию социального работника, проявляясь в ней как мягкий и заботливый человек.

- **Изоляция** – совокупность действий, когда субъект изолирует определенное неприятное или неприемлемое для него событие, чтобы оно не стало частью его опыта. Этот механизм связан с расщеплением и диссоциацией. Субъект осуществляет временную паузу, в которой он ничего не предпринимает и ничего не воспринимает. Человек, переживший профессиональную неудачу, может изолировать этот опыт, чтобы он не повлиял на дальнейшие решения. Например, неудачный опыт работы врачом в сфере нейрохирургии может привести к выбору медицинской карьеры с меньшей ответственностью.

- **Уничтожение** - защитный механизм, позволяющий субъекту поступать так, как будто предыдущего действия или мысли не было. Уничтожение обычно имеет место в навязчивых ритуалах [3, С.2]. Например, сотрудник, совершивший ошибку, может чрезмерно углубляться в анализ своих действий, чтобы минимизировать значимость произошедшего. Такое стремление к избеганию ошибок способно перерасти в перфекционизм, что, в свою очередь, может повлиять на его карьерные цели и мотивацию, направляя к постоянному самосовершенствованию и повышению стандартов.

- **Интроекция** – процесс, при котором функцию внешнего объекта берет на себя его психическое представление, в результате чего отношение с объектом «снаружи» заменяются отношениями с воображаемым объектом «внутри себя». Принятие моделей поведения значимых людей может определять выбор профессии. Например, человек, идентифицирующий себя с родителем-врачом, может стремиться стать медиком, даже если это не соответствует его интересам.

- **Борьба «Я» с самим собой** – в данном механизме наблюдаются противостояние и определенное противодействие на внешнем и внутреннем



уровнях функционирования «Я». На внешнем уровне – противостояние между мотивировкой и действиями, ожиданиями и достижениями. На внутреннем уровне – противодействие между структурами «Я»: «Ид», «Эго», «Супер-Эго». Например, человек может выбрать юридическую сферу деятельности, чтобы оправдать ожидания семьи, подавляя при этом внутренний интерес к музыке.

- Преобразование – содержательное или же структурное изменение психической энергии, которая переживается субъектом и имеет отрицательный знак, на тот вид психической энергии, который признается субъектом как более привлекательный [4, С.13-20]. В профессии это может проявляться путем трансформации негативного опыта в позитивный. Например, человек, имеющий социальную тревожность, может пойти в сферу социальной работы, где будет активно взаимодействовать с людьми, трансформируя свою тревожность в эмпатию и стремление поддерживать других.

Альфред Адлер. В его работах очень четко прослеживается связь между детством и нашими амбициями во взрослой жизни. Стил жизни по Адлеру – уникальный паттерн поведения, мышления и чувств, который формируется еще в раннем детстве. Он определяюще влияет на взаимодействие индивида с окружающим миром, а значит, влияет на поведение, поступки и его выбор в отношении самых разных вещей. Адлер выделяет следующие факторы, влияющие на формирование стиля жизни:

- Опыт взаимодействия с семьей: отношения в семье, способы воспитания, поддержка или недостаток ее, а также общая атмосфера оказывают воздействие на психологическую динамику ребенка и на всю его дальнейшую жизнь.
- Ранние воспоминания и переживания: ранние воспоминания могут создавать основу того, как индивид видит себя и весь окружающий мир.



- Социокультурное влияние: естественно, культурные нормы, общественные нормы, культурно-исторические факторы оказывают воздействие на формирование целей и ожиданий индивида. Благодаря им, человек в той или иной степени приспосабливается к обществу; соответственно, его стиль жизни будет так же в той или иной степени соприкасаться с общественными и культурными нормами.
- Способы преодоления трудностей: стратегии компенсации и приспособления могут также оказать влияние на формирование стиля жизни.
- Цели и стремления: цели, т.е. «телос» человека играет огромную роль в формировании стиля жизни. Целями могут выступать стремление к власти, к признанию, социальному успеху и т.д.

Как и у Анны Фрейд, концепцию стратегий защиты у Адлера также можно связать с профессиональным выбором.

Адлер выделяет несколько основных стратегий защиты:

- Замещение цели: это стратегия, когда человек заменяет не достижимую или недостижимую цель на более реалистичную. Например, если у человека нет возможности стать профессиональным спортсменом, он может заменить эту цель на занятие спортом в качестве хобби или физическую активность. Человек, осознав, что не может достичь успеха в какой-либо определенной профессии, может переключиться на другую сферу, где его таланты будут востребованы, а цели – выполнимы.
- Превосходство: это стратегия, при которой человек стремится превзойти других, быть лучше и успешнее. Он может искать подтверждение своей ценности и значимости через достижения, власть или репутацию [1, С.10]. Такую стратегию можно увидеть у людей, стремящихся занять руководящие должности, лидерские позиции, у людей, стремящихся выбирать профессии с



высокой конкуренцией или же творческие профессии, где можно проявить индивидуальность.

- **Избегание:** это стратегия, используемая для снижения уровня тревоги и страха. Человек может избегать ситуаций или обстоятельств, которые вызывают дискомфорт или тревогу, чтобы сохранить свою безопасность и комфорт [1, С.7]. Например, если публичные выступления вызывают у человека тревогу, он будет искать профессию, где ему не придется говорить на публику.
- **Компенсация:** это стратегия, при которой человек пытается компенсировать свои слабости или недостатки в других областях жизни. Например, если у человека есть недостатки в интеллектуальной области, он может выбрать работу, в которой важно быть очень социальным и эмоционально развитым [1, С.18]. Компенсация также может проявляться в выборе определенных профессий, где, например, нужно помогать другим, т.к. человеку самому в какой-то степени не хватает заботы от других или он испытывал такую потребность в какой-то период своей жизни.
- **Проекция:** это стратегия, когда человек проецирует свои нежелательные или неприятные мысли, эмоции или качества на другие люди или ситуации. Это позволяет ему избежать неприятных ощущений и ответственности за свои поступки. Человек, часто использующий данную защитную стратегию, будет выбирать профессии, где можно «исправлять» других, наставлять их, помогать и контролировать, и будет избегать профессий, связанных с определенными качествами, которых, по его мнению, у него отсутствуют и являются неприемлемыми.
- **Рационализация:** это стратегия, при которой человек ищет объяснения и оправдания для своих поступков или принимает субъективно выгодные для себя точки зрения. Например, он может оправдывать свои ошибки или неудачи внешними факторами, чтобы сохранить свою самооценку [1, С.20].



Человек с такой защитной стратегией выберет профессию, которая, по его мнению, будет социально важна и необходима, может пойти в сферу юриспруденции, науки, аналитику. Такой выбор позволяет оправдывать свою работу и находить в ней смысл, избегая при этом внутреннего ощущения уязвимости или несовершенства.

Заключение

Защитные механизмы, являясь бессознательными процессами, играют важную роль в профессиональном самоопределении. Важность их осознания заключается в возможности учитывать их влияние при принятии важных решений относительно своего карьерного пути.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Адлер, А. Наука жить. Киев: Port-Royal. 1997. 76 с.
2. Большой психологический словарь / под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. 4-е изд., расш. М.: АСТ, 2009. 811 с.
3. Талипов, Ж.Б. Значимость изучения теории Анны Фрейд о психологических защитных механизмах. European Science № 2 (51). Part II. С. 2.
4. Фрейд, А. Психология «Я» и защитные механизмы. М: Педагогика – Пресс. 1993. 144 с.
5. Фрейд, А. Эго и механизмы защиты. М: Психология. 2008. 300 с.
6. Фрейд, З. Введение в нарциссизм. М.: Психология, 2008. 128 с.
7. Фрейд, З. Введение в психоанализ. Серия «Классика научной мысли». М.: Классика. 2000. 240 с.
8. Фрейд, З. Очерк психоанализа. М.: Психология, 2000. 350 с.
9. Фрейд, З. Психология «Я» и защитные механизмы. М.: Психология, 2010. 320 с.
10. Фрейд, З. Психология бессознательного. Серия «Мастера психологии». СПб: Питер. 2022. 528 с.



11. Фрейд, З. Толкование сновидений. М.: Психология. 2007. 512 с.
12. Акименко Г.В., Михайлова Т.М. Индивидуализация обучения в вузе как условие его эффективности: психолого-педагогический аспект // В сборнике: Актуальные вопросы повышения качества непрерывного медицинского образования. материалы IX Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 2017. С. 74-77.

**ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ
В ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У ПАЦИЕНТОВ
С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Прокопенко Е. В., Афанасьева Ю. Н., Наумова В. В.

*Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»*

Минздрава России, Россия, г. Новосибирск

Научный руководитель – Тагильцева Е. В.

Аннотация. В данной статье рассмотрены особенности совладающего поведения в предоперационный период пациентов с доброкачественным новообразованием щитовидной железы. Описаны корреляционные взаимосвязи совладающего поведения и личностных особенностей пациентов, в том числе и праологического мышления.

Ключевые слова: совладающее поведение онкологических пациентов, новообразование щитовидной железы, праологическое мышление пациентов с онкологией.



**THE CHARACTERISTICS OF THE MATCHING BEHAVIOR
IN THE PREOPERATIVE PERIOD OF PATIENTS
WITH BENIGN THYROID NEOPLASM**

Prokopenko E. V., Afanasieva J. N., Naumova V. V.

*Department of psychiatry, drug addiction, psychotherapy and clinical psychology
Novosibirsk State Medical University, Russia, Novosibirsk
Scientific director - Tagilitsev E.V.*

Abstract. This article examines the characteristics of the confounding behavior in the preoperative period of patients with benign neoplasm of the thyroid gland. The correlations between the matching behavior and personal characteristics of patients, including prorological thinking, are described.

Keywords: oncological patients' behavior, neuforming of the thyroid gland, prorological thinking of patients with oncology.

Введение

Диагноз онкологического заболевания (C00-C97 по МКБ-10) является источником высокого стресса и сильного психологического напряжения, что в свою очередь приводит к нарушению адаптации человека, последствия которой влекут за собой такие негативные последствия как социальные и психологические проблемы. Необходимость изменить прежний образ жизни и адаптироваться к новым условиям и ограничениям, являются лишь некоторыми последствиями болезни, в следствии чего одно из центральных мест в изучении и оценке адаптационных механизмах в ситуации тяжелого хронического заболевания, занимает рассмотрение совладающего поведения. Включая в себя элементы защитных механизмов и копинг-стратегий, совладающее поведение способствует преодолению стресса и выстраиванию продуктивного взаимодействия личности с окружающей средой.



Развитие стратегий происходит по мере того, как пациенты находят способы жить с болезнью, и могут сочетать позитивный настрой, избегание мыслей, связанных с болезнью, получение социальной поддержки, поддержание нормального образа жизни, поиска принятия и участия в религиозном или духовном преодолении [1, С.209-211].

На сегодняшний день выделено более трёхсот стратегий преодоления, однако основной остаётся классификация, предложенная R.S. Lazarus, которая включает проблемно-ориентированные и эмоционально-ориентированные стратегии. Н.А. Сирота и Фетисов Б.А. в своей работе разделили стратегии поведения на адаптивные и неадаптивные [2, С.75-83].

В ходе исследования было отмечено, что иногда позитивные стратегии совладания могут быть неадаптивными, так, например, самоотвлечение считается адаптивной стратегией, но при чрезмерном использовании может быть показателем отрицания, когда пациент не тратит время на то, чтобы столкнуться с происходящим или избежать его. Выплеск эмоций также относят к числу адаптивных стратегий, но, если его использовать отдельно, это может мешать когнитивной переработке информации. К тому же неадаптивные стратегии совладания, такие как отрицание, были связаны с усилением боли и депрессии, в то время как пациенты, принявшие адаптивные стратегии преодоления стресса, оценили снижение эмоционального дистресса.

Объект исследования: личностная сфера пациентов с онкологическими заболеваниями.

Предмет исследования: взаимосвязь личностной сферы и особенностей совладающего поведения, связанные с наличием онкологического заболевания, у пациентов, с доброкачественным новообразованием щитовидной железы в предоперационный период.



Методики исследования: анкета, которая включала демографические данные, вопросы, направленные на субъективное самовосприятие пациентов и оценку взаимоотношения с родными и близкими; опросник верований и суеверий под редакцией И.Я. Стояновой; тест-опросник самоотношения под редакцией В.В. Столина и С.Р. Пантилеева; опросник способов совладающего поведения в адаптации НИПНИ имени Бехтерева; опросник качества жизни SF-36.

Результаты и их обсуждение

Для более глубокого анализа данных в исследовании был использован корреляционный анализ, а именно коэффициент ранговой корреляции Спирмена, полученные в ходе статистической обработке результаты находились на уровне значимости $p \leq 0,05$ и $p \leq 0,01$.

В процессе анализа результатов пациентов, находящихся в предоперациональной фазе лечения, была установлена взаимосвязь, между стратегиями совладания и особенностями личностной сферы, при этом пациенты использовали в равной мере как адаптивные, так и дезадаптивные стратегии совладания. Первой рассматриваемой стратегией стала – конфронтация (Рис. 1).

Выявленная тенденция между конфронтацией и изменением самоотношения ($r=0,59$; $p \leq 0,05$), может указывать на то, что изменённое вследствие заболевания самоотношение влияет на выбор совладающего поведения. Такие люди предпочитают проблемно-ориентированную стратегию и решают проблемы за счет осуществления конкретных и целенаправленных действий, при этом основным источником активности и результатов, является сам человек ($r=0,49$; $p \leq 0,05$).

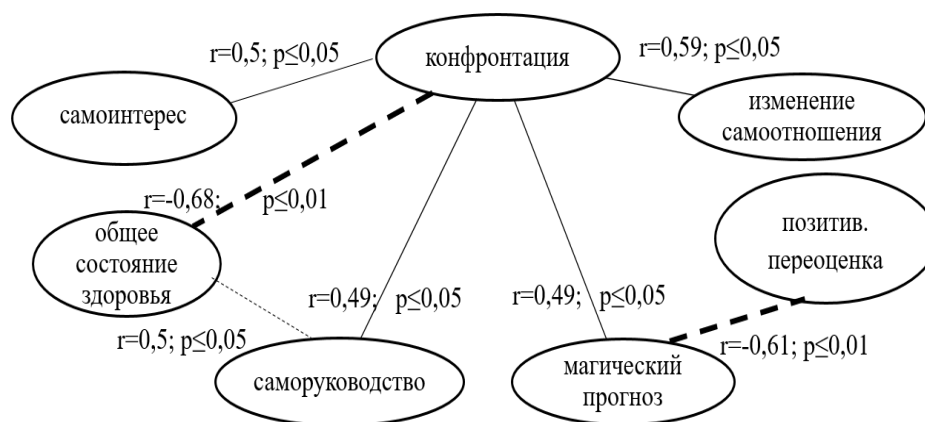


Рис. 1. Взаимосвязь стратегии совладающего поведения с особенностями личностной сферы пациентов онкологического отделения, находящихся в предоперационной фазе лечения.

Примечание: --- обратная корреляционная связь; — прямая корреляционная связь; ___уровень значимости $p \leq 0,01$; —уровень значимости $p \leq 0,05$.

Также обратная корреляционная связь была обнаружена между общим состоянием здоровья и конфронтацией ($r=0,68; p \leq 0,01$), что объясняется тем, что чем лучше человек себя чувствует, тем меньше использует данную стратегию поведения.

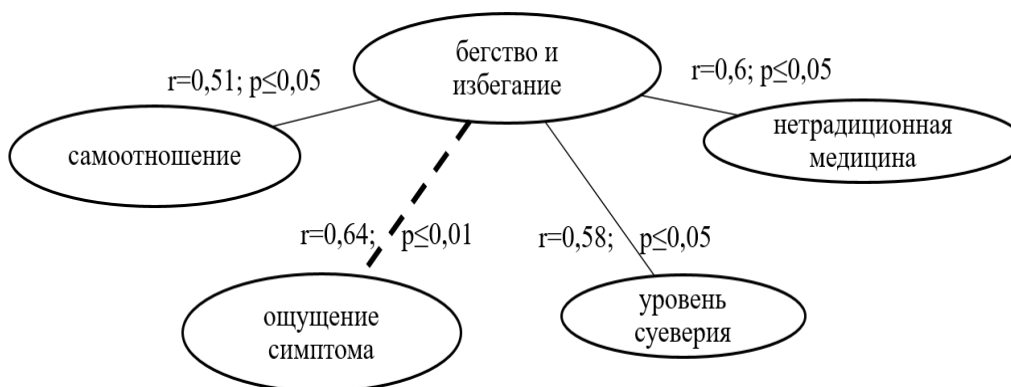


Рис. 2. Взаимосвязь стратегии совладающего поведения с особенностями личностной сферы пациентов онкологического отделения, находящихся в предоперационной фазе лечения.

Примечание: --- обратная корреляционная связь; — прямая корреляционная связь; ___уровень значимости $p \leq 0,01$; —уровень значимости $p \leq 0,05$.



В ходе лечения пациенты в предоперациональной стадии лечения прибегают к другой дезадаптивной стратегии – бегство и избегание (Рис. 2).

На выбор стратегии бегство и избегание также, как и на конфронтацию влияет уровень самооотношения ($r=0,51$; $p\leq 0,05$). Влияющим фактором является ощущение симптомов заболевания ($r=0,64$; $p\leq 0,01$), чем выше выраженность симптома и его объективное наличие, тем ниже вероятность использования копинг-стратегии по типу уклонения от ситуации, так как выраженность симптоматики высокая, для улучшения состояния нужно действовать. Важно отметить, что выбору данной стратегии поведения способствует общий уровень суеверия ($r=0,58$; $p\leq 0,05$), такие пациенты могут использовать неконструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях, а именно использовать нетрадиционную медицину ($r=0,6$; $p\leq 0,05$) с целью снижения мучительного эмоционального напряжения.

Помимо описанных выше дезадаптивных стратегий совладающего поведения пациенты в предоперациональной фазе лечения прибегают к более зрелым стратегиям совладающего поведения, таким как планирование (Рис. 3).

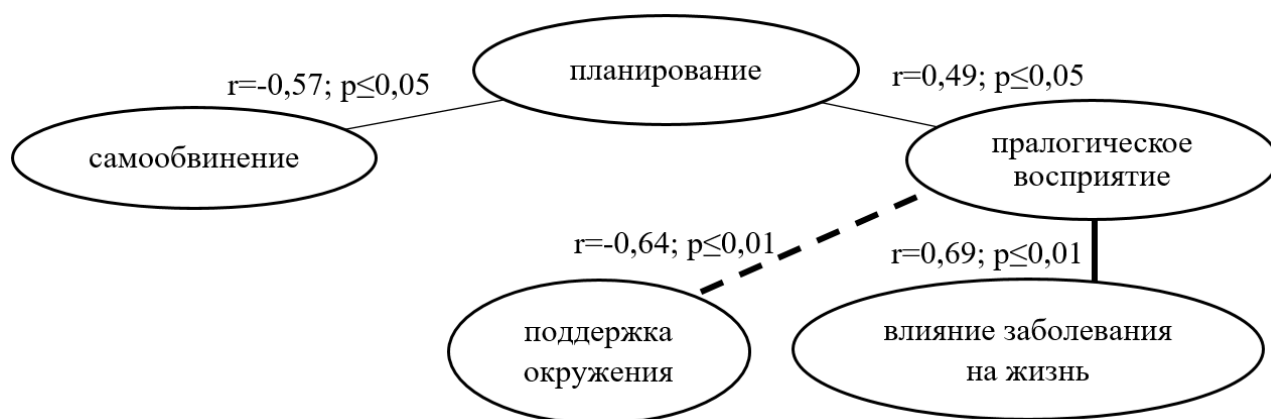


Рис. 3. Взаимосвязь стратегии совладающего поведения с особенностями личностной сферы пациентов онкологического отделения, находящихся в предоперационной фазе лечения.

Примечание: --- обратная корреляционная связь; — прямая корреляционная связь; ___ уровень значимости $p\leq 0,01$; — уровень значимости $p\leq 0,05$.



Выявленная тенденция между планированием и самообвинением ($r=0,57$; $p \leq 0,05$), может быть обусловлена тем, что пациенты данной группы склонны приписывать себе в вину за промахи и неудачи, вследствие чего им приходится просчитывать и продумывать дальнейшие варианты поведения, учитывая объективные факты и прошлый опыт, а также с учётом значимости примет и суеверий ($r=0,57$; $p \leq 0,05$). Важно отметить, что на пралогическое восприятие сильное влияние оказывает поддержка окружения ($r=0,64$; $p \leq 0,01$), отсутствие которой приводит к увеличению пралогичности, а также сила влияния заболевания на функционирование и жизнь в целом ($r=0,69$; $p \leq 0,01$).

Другим видом используемой адаптивной стратегией стала позитивная переоценка (Рис. 4)

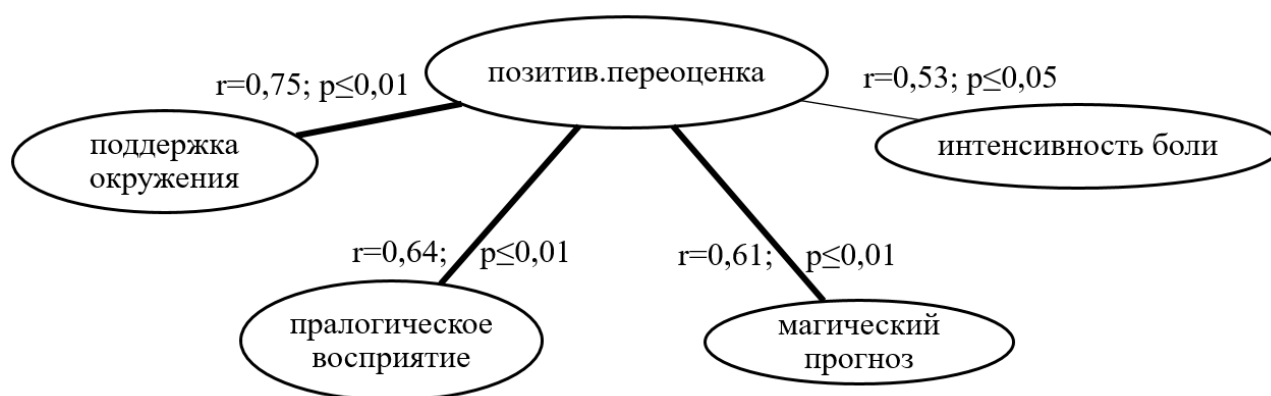


Рис. 4. Взаимосвязь стратегии совладающего поведения с особенностями личностной сферы пациентов онкологического отделения, находящихся в предоперационной фазе лечения.

Примечание: --- обратная корреляционная связь; — прямая корреляционная связь; уровень значимости $p \leq 0,01$; — уровень значимости $p \leq 0,05$.

Выявленная тенденция между позитивной переоценкой, пралогическим мышлением ($r=0,64$; $p \leq 0,01$) и магическим прогнозом ($r=0,61$; $p \leq 0,01$), может быть обусловлена тем, что пациенты данной группы склонны преодолевать негативных переживаний за счет ее положительного переосмысления, ориентированного на философское осмысления, которые учитывают



представления о предначертанности и изначальной заданности судьбы. Также позитивная переоценка зависит от уровня поддержки окружения ($r=0,75$; $p\leq 0,01$), благодаря чему, человек находит внутренние ресурсы для борьбы.

Заключение

Среди пациентов в предоперационный период наблюдается сочетание дезадаптивных и адаптивных стратегий совпадающего поведения, а именно конфронтация, бегство и избегание, планирование и положительная переоценка, что связано с актуальной стрессовой ситуацией операционного вмешательства и высоких рисках для жизни.

На выбор стратегии совладения влияет ряд личностных особенностей таких как самоотношение пациента, которое включает самоинтерес, самообвинение и саморуководство, ощущение симптомокомплекса болезни, и прагматичность мышления. В связи со спецификой заболевания, а именно высоким уровнем психоэмоционального стресса, пациенты выбирают примитивные и зачастую дезадаптивные стратегии совладающего поведения, которые неблагоприятно влияют на эффективность лечения и реабилитацию пациента.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Балашова И.А. Различия копинг-стратегии и защитных механизмов //Молодой исследователь: от идеи к проекту. 2023. С. 209-211.
2. Сирота Н.А., Фетисов Б.А. Неопределенность и совладающее поведение у пациентов с онкологическими заболеваниями //Бюллетень медицинской науки. 2024. №. 2. С. 75-83.



ПСИХОЛОГО-ЮРИДИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПРЕСТУПНИКА

Прокошкина Д. С.

*ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия»
Министерства науки и образования Российской Федерации,
Россия, г. Саратов*

Научный руководитель – Домнина О. В.

Аннотация. В данной статье рассматриваются психолого-юридические критерии определения личности преступника. Детально раскрыты основные признаки, определяющие психологический портрет личности преступника, цели и мотивы преступления.

Ключевые слова: состав преступления, субъект преступления, субъективная сторона преступления, мотив преступления, психолого-юридическая наука, личность преступника.

PSYCHOLOGICAL AND LEGAL CRITERIA FOR DETERMINING THE PERSONALITY OF A CRIMINAL

Prokoshkina D. S.

*Saratov State Law Academy, Russia, Saratov
Scientific Supervisor – Domnina O.V.*

Abstract. This article discusses the psychological and legal criteria for determining the identity of a criminal. The main features that determine the psychological portrait of the criminal's personality, the goals and motives of the crime are revealed in detail.

Keywords: elements of the crime, subject of the crime, subjective side of the crime, motive of the crime, psychological and legal science, identity of the criminal.



Важными элементами состава преступления является субъект и субъективная сторона, то есть цели и мотивы субъекта преступления. Изучение личности преступника, его психологических черт позволяет правильнее определить мотивацию преступника, его предполагаемое поведение во время совершения преступления, до и после, особенности выбора жертв своих деяний и т.д. Не всегда есть возможность сразу идентифицировать человека, ответственного за совершение определённого преступления, в таких ситуациях правоохранительным органам приходится опираться на косвенные доказательства при поиске преступника, а также использовать по имеющимся фактам комплексную психологическую характеристику, то есть психологический портрет преступника. Однако какие именно критерии войдут в данную психологическую характеристику и какой будет их объем определяет психолого-юридическая наука.

Нужно понимать, что личность человека обладает таким качеством как многосторонность, то есть она имеет сложный, комплексный характер. На поведение человека влияет огромное количество обстоятельств, как внешних (независящих от самой личности), так и внутренних (исходящих из особенностей и характеристик отдельно взятой личности). В связи с чем мы можем утверждать, что дать исчерпывающее определение данному понятию невозможно. Это подтверждается тем фактом, что научное сообщество до сих пор не выработало единого подхода к пониманию понятия «личности человека», в том числе «личности преступника», из чего мы можем сделать вывод, что особое значение приобретает умение различать отдельные подходы к определению данного понятия.

С точки зрения права, личность преступника – это субъект уголовного преступления, который отождествляется с «человек, совершивший преступление» [3, С. 91-91]. Поэтому в изучении личности именно этой



категории людей для нас целесообразно подходить к определению понятия «личность преступника» с психолого-юридической точки зрения, которая затрагивает как характеристику поведения человека с точки зрения соответствия закону, так и с позиции наличия определенной воли, мотивации, стоящей за совершением преступлений.

Например, Н. Кропачев определяет личность преступника как совокупность социально-демографических, нравственных и правовых свойств, признаков, связей, отношений, характеризующих лицо, совершившее преступление, и влияющих на ее преступное поведение [5, С. 78].

Тем не менее, очень сложно найти абсолютно одинаковых людей с тождественными ситуациями и мотивами. Так, В. Бедь утверждает, в каждом отдельно взятом преступнике нельзя абсолютизировать любые преступные особенности, однако у каждого преступника можно обнаружить то общее, что является присущим для всех преступников той или иной категории [4, С. 136]. В каждом конкретном случае необходимо установить, о чем идет речь: что совершено, кем, при каких обстоятельствах.

В своих исследованиях советские ученые Ю. М. Антонян, В. П. Голубев, В. Е. Квашиш, Ю. Н. Кудряков сделали вывод, что личность преступника в отличие от личности законопослушного гражданина обладает определенными криминогенными чертами [2, С. 69]. В то же время не стоит забывать о существовании лиц, совершивших преступление по неосторожности, и, хотя они отличаются от классического понимания преступной личности, они также входят под определение «личности преступника».

Говоря об отграничении личности законопослушного гражданина и преступника, нужно уяснить, когда мы можем говорить о наличии личности преступника - если преступление уже совершено или лицо готовится к



совершению преступления (приготовление к преступлению или покушение на преступление).

В криминологической литературе можно встретить много вариантов типологии личности преступника. В основном они связаны с решением практических задач.

Приведем примеры классификации преступников со стороны особенностей их поведения, мотивации, совершенных преступлений, которые выделяет С. Абельцев в своей работе [1, С. 15]. Так, преступники дифференцируются в зависимости от характера личностно-мотивационных свойств, проявляющихся в совершенном преступлении. При этом выделяются насильственные преступники, корыстные, рецидивисты и т.д. Главное здесь - мотивация преступного поведения.

В такой типологии выделяют следующие типы личности преступников, исходя из мотивации и отдельных ярко выраженных психологических черт:

1. Насильственные преступники. Такой тип преступников отличается пренебрежительным отношением к человеку, его благам. В основе его действий лежат умышленные агрессивные действия насильственного характера.

2. Корыстные преступники. Преступникам данного типа характерны жадность, алчность, стяжательство. Корысть, поиск «наживы» становятся основной целью в совершении преступления.

3. Эгоистичные преступники. Сущность данного типа преступников заключается в нарушении каких-либо социально значимых установок, например, служебных, общегражданских, семейных, в связи с индивидуалистическим отношением к устоявшимся в обществе ценностям. Проявление эгоизма связано с его крайней формой – совершении противоправных и общественно-опасных действий.



4. Неосторожные преступники. Такой тип преступников не имеют какой-либо заранее определенной мотивации или цели в совершении преступления, антиобщественное действие исходит из легкомысленно-безответственного отношения к своим обязанностям и социальным ценностям.

Следующая классификация объединяет типологии, в которых преступники дифференцируются исходя из характера взаимодействия криминогенной личности с разной степенью выраженности с факторами ситуации совершения, преступления или только в зависимости от степени выраженности криминогенных искажений личности. Основное здесь - личность и ситуация.

Так, согласно данной классификации, выделяют:

1. Особо опасные преступники (многократно судимые рецидивисты, лица, устойчивое преступное поведение которых носит ярко выраженный криминальный характер)
2. Профессиональные преступники (Отличается правовым нигилизмом, весьма низкой общей и моральной культурой, преступной установкой. Является действительно профессионалом преступной деятельности)
3. Привычный тип преступника (Обладает дурными привычками, от которых не может и не желает избавиться, однако многие из них приводят к нарушениям закона. Сам преступный образ жизни также является привычным, а в силу этого и необходимым)
4. Случайный тип преступника (случайные и небрежные типы связаны с совершением только неосторожных преступлений. Характер случайностей различен)

Существует также классификация, которая включает типологии, в которых критерием типологизации выступает социальная направленность личности преступника. Что касается именно преступника, то речь идет именно о негативной направленности поведения.



Исходя из всего вышесказанного, можно утверждать, что современная наука выработала довольно большое разнообразие классификаций мотивации преступников. Однако возможно ли существование ранее не озвученных специфических мотивов совершения преступления?

Вероятно, большинство мотивов преступлений не является специфическими и могут вызывать иные действия, однако это не исключает возникновения новых категорий преступников, которые будет очень сложно отнести к какой-либо уже определенной наукой категории. Это как раз зависит от психологических особенностей личности, черт характера, обстоятельств, в которых формировалось мировоззрение человека и его отношение к нормам цивилизованного общества. Чаще всего исследуются типологии преступников, в основе которых лежат мотивы поступков, заранее определенных законом как уголовно наказуемые. Но наше общество развивается, в том числе технологически, поэтому, возможно, в ближайшем будущем для нас станет более актуальным определение как человек становится предрасположенным к совершению преступлений, что влияет на его поведение и как мы можем это контролировать.

Итак, если мы все же примем за факт, что любая преступная личность имеет определенные криминогенные психологические качества, характерные только для преступников, то из перечисленных классификаций можем выделить следующие характерные черты: неуважительное отношение к людям и их правам, агрессивность, импульсивность, безразличие к чувствам людей, жестокость, эгоистичность [7, С. 340].

Для насильственных и корыстных преступников характерно отсутствие каких-либо устойчивых морально-этических ценностей, их преступная деятельность становится самоцелью их существования, всё их поведение, окружение строится вокруг либо совершения насилия по отношению к другим



людям, либо извлечения выгоды посредством нарушения социальных норм, поддерживающих порядок и мирное сосуществование людей в обществе.

Рецидивисты (злостные преступники) имеют устойчивую антисоциальную направленность своих действий. Если другие типы преступников могут совершать под воздействием определенных обстоятельств, то такие преступники совершают новые преступления вопреки им. Небрежные преступники также становятся своеобразными противниками социальных норм, так как демонстрируют легкомысленное отношение к социальному порядку своими опасными действиями.

По мнению А. Сахарова, «криминогенные свойства, которые характеризуют личность преступника, существуют к преступлению и обуславливают его совершения, но признание конкретного лица преступником возможно только после и в связи с совершением им преступления» [6, С. 48]. Поэтому в определении конкретной личности преступника также важно грамотно использовать знания о характерных психологических чертах того или иного типа преступника, но не делать определенные Заключение, исходя исключительно из совпадений психологического портрета. Подкрепление юридико-психологической характеристики конкретными фактами и доказательствами, мы предупреждаем возможность напрасно оклеветать людей, в действительности не совершавших преступлений.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Абельцев С. Личность преступника и проблемы криминального насилия / гл. ред. Эриашвили Н.Д. М.: Издательство: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2000. 207 с.
2. Антонян Ю.М. Личность корыстного преступника / Ю.М. Антонян, В.П. Голубев, Ю.Н. Кудряков. Томск: Изд-во Том. Ун-та, 1989. 158 с.



3. Бафия Е. Проблемы криминологии. Диалектика криминогенной ситуации. М.: Юридическая литература, 1983. 150 с.
4. Бедь М.М. Юридическая психология. К.: Каравел, Л.: Новый свет. 2000; Магнолия Плюс, 2003. 376 с.
5. Кропочев Н.М. Криминология: Учебник / под ред. Проф. В.Н. Бурлакова, проф. Н.М. Кропачева. СПб.: Издательский дом С.-Петербур. Гос. Ун-та, Издательство юридического факультета С.-Петербур. Гос. Ун-та, 2005. 520 с.
6. Сахаров А.В. О личности преступника и причинах преступности. М.: Госюриздат, 1981. 234 с.
7. Спектор Л.А., Фейдина Е.О. Личность преступника: характерные особенности // Вестник Алтайской академии экономики и права. 2021. №11–2. С. 337–342.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Рафикова З. Б.

*Кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии,
медицинской психологии и психотерапии
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*
Научный руководитель – Бабарахимова С.Б.

Аннотация. В данной статье представлены результаты исследований поведенческих нарушений у подростков младшего школьного возраста с учётом их личностных особенностей и стилей родительского воспитания. Определено, что воспитание в дисгармоничных семьях в условиях жестокого обращения с ребёнком приводит к формированию поведенческих нарушений. Получены результаты эффективности применения арт-терапии для превенции нарушения поведения у подростков.



Ключевые слова: арт-терапия; нарушение поведения; подростки; личностные особенности; эмоциональные расстройства.

EFFECTIVENESS OF ART THERAPY IN ADOLESCENTS WITH BEHAVIOR DISORDERS

Rafikova Z. B.

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

Scientific supervisor - Babarakhimova S.B.

Abstract. This article presents the results of research on behavioral disorders in adolescents of primary school age, taking into account their personal characteristics and styles of parental upbringing. It has been determined that upbringing in disharmonious families in conditions of child abuse leads to the formation of behavioral disorders. The results of the effectiveness of the use of art therapy for the prevention of behavioral disorders in adolescents have been obtained.

Keywords: art therapy; behavioral disorders; Teen; personal characteristics; emotional disorders.

Введение

Участвовавшие поведенческие нарушения у детей младшего школьного возраста в связи с воздействием виртуальной сети интернета на незрелых в личностном плане подростков определяют необходимость детального изучения данной патологии [1,2,5,10,11]. Особое значение имеет влияние семьи, стилей родительского воспитания и состав семьи на формирование поведенческих нарушений у подростков, в том числе и расстройств пищевого поведения и склонности к самоповреждающего аутоагрессивного поведения



[3,4,6,8,9]. Эффективность психотерапевтического вмешательства с целью превенции поведенческих нарушений была обоснована в научных исследованиях многих авторов [7, 12, 13, 14].

Цель исследования: изучить особенности поведенческих нарушений и определить эффективность применения арт-терапии у подростков с поведенческими нарушениями.

Материал и методы исследования: объектом для исследования было выбрано 65 подростков в возрасте от 7 до 15 лет включительно, 30 мальчиков и 35 девочек, поступивших в санаторные отделения Городского детского психоневрологического центра города Ташкента.

С помощью специально составленной карты обследования подростка, содержащей вопросы соответствующего профиля, были определены виды семей, где воспитывались подростки, стили родительского воспитания и типы неправильного воспитания.



Рис.1. - Сеансы арт-терапии.



Результаты и их обсуждения

С целью превенции и профилактики поведенческих нарушений у детей и подростков проводились групповые сеансы арт-терапии. Занятия проводились медицинскими психологами и психотерапевтами в течение нахождения детей на санаторном лечении. Применялись современные методы арт-терапевтических технологий с использованием обучающих видео уроков с приложения «Pinterest» (рис.1).

При изучении влияния семейных взаимоотношений на формирование поведенческих нарушений учитывались состав семьи, стили родительского руководства, типы воспитания, семейный микроклимат. Результаты исследования определили, что 70% обследуемых воспитывались в полных семьях, случаи воспитания одним родителем наблюдались у 18 % детей. Воспитание родственниками (чаще бабушками по материнской линии) и воспитание вне семьи при наличии родителей (в детском доме, интернате) было установлено у 12% обследуемых детей и подростков. Изучение типа семьи показало, что у обследуемых подростков преобладали деструктивные семьи (54%), второе место по частоте встречаемости занимали амбивалентные семьи (33%), дисфункциональный характер родительской семьи регистрировался в 19% случаев.

Гармоничная семья наблюдалась только у 4 (3,6%) подростков. При изучении стиля родительского воспитания нами выявлено, что подростки достоверно чаще всего воспитывались в семьях, для которых было характерно жестокое обращение с детьми, применение физического наказания (45%). Стиль родительского воспитания по типу гипопротекции также относительно чаще встречался у обследуемых подростков (30%). У 25% обследуемых подростков чаще регистрировалась доминирующая гиперпротекция. Таким образом, стиль родительского воспитания оказывал определенное влияние на формирование



поведенческих нарушений у подростков, причем наиболее заметную роль играло жестокое обращение родителей со своими детьми с применением физического и психологического насилия. У мальчиков-подростков были выявлены поведенческие нарушения в виде побегов из дома и бродяжничества, прогулы школьных занятий, участие в мелких кражах, эпизодическое употребление ПАВ и курение. У девочек-подростков обнаруживались расстройства пищевого поведения, отказы от посещения школы, агрессия по отношению к младшим братьям и сёстрам в семье, склонность к самоповреждающему поведению.

На следующем этапе исследования у подростков проводились групповые и индивидуальные занятия медицинскими психологами и психотерапевтами в течение 3-х месяцев по специально разработанной реабилитационной программе с применением современных арт-технологий. Основным методом психокоррекции была выбрана арт-терапия. Были проведены групповые сеансы арт-терапевтического вмешательства - а именно раскраски трафаретов с помощью акварельных красок, гуашью (рис.2).



Рис. 2. - Групповые сеансы арт-терапии.



Наиболее эффективными оказались комбинированные методы психокоррекции, когда в групповых занятиях одновременно использовались как раскраска акварелью, так создание из бумаги фигурок оригами, использование в виде мозаики раскладывание различных семян и бобовых зёрнышек на раскрашенных трафаретах с целью развития тонкой локомоторики (рис. 3).



Рис. 3. - Комбинированные методы арт-терапии.

После проведённой арт-терапии с помощью медицинских психологов было проведено тестирование подростков по шкале Спилберга Ханина на исследование уровня тревожности, которое определило достоверное снижение у всех обследуемых подростков личностной и ситуационной тревожности, что показывает необходимость проведения данной психокоррекционной методик среди детско-подросткового контингента населения для профилактики поведенческих нарушений. Творчество детей и подростков вывешивалось на стенды для всеобщего обозрения и ознакомления. Наиболее удачные работы проходили по конкурсу, и победители награждались призами и ценными подарками. Всё это вызывало у детей мотивацию и желание участвовать в групповых сеансах психотерапии, развивало творческое мышление, реативность и стремление к совершенствованию. Родители, навещающие своих детей в санатории, могли ознакомиться с трудами творчества (рис.4)



Рис.4. - Творчество детей.

Заключение

Эффективность применения арт-терапии у подростков с поведенческими нарушениями, сформированными в результате неправильного типа воспитания в дисфункциональных семьях, способствует превенции расстройств поведения, профилактике межличностных конфликтов в семье и микросоциальном окружении и формированию гармоничной личности.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. Влияние семейных взаимоотношений в формировании депрессивных и поведенческих нарушений у подростков // Человеческий Фактор. Социальный Психолог. 2020. №1(39). С.146-153.
2. Бабарахимова С.Б. Суицидальное поведение депрессивного спектра у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020. №2(17). С.23-28.



3. Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Исследование суицидальных тенденций у подростков с синдромом бродяжничества с учётом личностных особенностей // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020. №4(19). С.4-10.

4. Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Роль конфликтных ситуаций в формировании несуицидального самоповреждающего поведения у мальчиков подростков допризывного возраста // Проблемы биологии и медицины. 2022. № 3 (136), С. 67-71.

5. Арт-терапия в условиях современных вызовов // Акименко Г.В., Белеза Е.В., Бергер Р., Боровикова З.В., Головки О.В., Голоденко О.Н., Гукина Л.В., Зыкова С.О., Иванова А.В., Изосимова С.А., Карпендейл М.Д., Капица А.А., Кара Ж.Ю., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Кувшинов Д.Ю., Кутлер К.А., Ладущкин С.И., Лопатин А.А., МакНифф Ш. и др. Москва, 2023.

6. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Analysis of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents / Central Asian Journal of Pediatrics 2 (1), 201-204, 2019

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

8. Mirvorisova Z.Sh., Fayzullaeva K.R., Babarakhimova S.B. Features of psychocorrection of digestive disorders in patients with paranoid schizophrenia // Вестник Ташкентской Медицинской Академии, 2023, с. 50-53

9. Sattarov T.F. Optimization of the rehabilitation of patients with paranoid schizophrenia/ Sciences of Europe. VOL 1, No 127 (2023) pg. 7-8.

10. Sattarov T.F., Babarakhimova S.B. Early detection of teenage depression // Вестник интегративной психологии // Журнал для психологов. Вып. 29. /Под ред.



В.В.Козлова, Ш.Р. Баратова, М.Н.Усмановой. – Бухара - Ярославль: МАПН, 2023. – 429 с.; с.328-321

11. Sattarov T.F. Relationship between depressive pathology and the personal characteristics of adolescents // The Norwegian Journal of development of the international science, No 117 (2023) pp. 34-39.

12. Sattarov T.F. et al. The influence of parenting styles on the formation of suicidal tendencies in children and adolescents // Human Factor Social Psychologist, No. 1 (45), 2023; P. 348-353.

13. Sattarov T.F., Babarakhimova S.B. Efficacy of art therapy in adolescents // Вестник интегративной психологии // Журнал для психологов. Вып. 30 /Под ред. В.В. Козлова, Ш.Р. Баратова, М.Н. Усмановой. – Бухара - Ярославль: МАПН, 2023. – 416 с.; с.279-283

14. Sattarov T.F. Integrative methods of psychotherapy in adolescents / Science and Innovation.2024.- No. 2 pp. 40-44. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10636317>

УЛЫБКА: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КУЛЬТУРЫ

Савицкая Ю. А. Ховалыг Ш. Ш.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к. ист.н., доцент Г.В. Акименко

Аннотация. Эмоции играют значительную роль в формировании нашего мышления, поведения и восприятия окружающего мира, а также в процессе интерпретации и осмысления жизненных ситуаций. Счастье является одной из ключевых эмоций, и его фундаментальным выражением является улыбка - мимическое движение, возникающее при сокращении мышц в области рта, что приводит к образованию изгиба. Улыбка воспринимается как проявление



доброжелательности и способствует установлению контакта между людьми. Цель данной статьи - исследовать концепцию улыбки с психологической точки зрения и проанализировать её влияние на межличностное взаимодействие.

Ключевые слова: улыбка, эмоции, здоровье, смех, счастье.

SMILE: A PSYCHOLOGICAL PHENOMENON FROM THE POINT OF VIEW OF CULTURE

Savitskaya Yu. A. Khovalyg Sh.Sh.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Scientific adviser –Associate Professor G.V. Akimenko

Abstract. Emotions play a significant role in shaping our thinking, behavior, and perception of the world around us, as well as in the process of interpreting and comprehending life situations. Happiness is one of the key emotions, and its fundamental expression is a smile - a facial movement that occurs when the muscles in the mouth area contract, which leads to the formation of a bend. A smile is perceived as a manifestation of goodwill and helps establish contact between people. The purpose of this article is to explore the concept of a smile from a psychological point of view and analyze its impact on interpersonal interaction.

Keywords: smile, emotions, health, laughter, happiness.

Актуальность

Психология рассматривает множество различных эмоциональных состояний, эффектов и феноменов. Даже такое явление, как улыбка, можно рассматривать с точки зрения психологии. Потому что, с одной стороны, качество жизни растёт, и многие инновации внедряются, только все чаще на улицах в толпе много людей ходят с серьёзным или грустным лицом. Ведь



улыбка влияет как на физическое, так и на эмоциональное состояние, а также помогает формировать отношения и общение между людьми.

Методы исследования

Изучение феномена улыбки проводилось на основе личных наблюдений, изучения психологической литературы, изданий периодической печати, Интернет-ресурсов и анкетирования.

Результаты и обсуждение

Эмоция, будь то радость или печаль, представляет собой субъективное переживание, связанное с определёнными изменениями в сценарии, которые приводят к формированию нормального поведения.

Например, чувство радости обычно сопровождается снижением частоты сердечных сокращений, что приводит к уменьшению скорости последовательного возбуждения и к открытому поведению, выражаемому в основном в виде улыбки. В то же время чувство напряжения или нервозности обычно сопровождается учащённым сердцебиением, увеличением частоты движений, дрожью или другими изменениями, характерными для данной ситуации, а также продолжительным открытым поведением, выражаемым в основном в виде беспокойства или приступов плача.

Теория лицевой обратной связи, разработанная Чарльзом Дарвином и Уильямом Джеймсом, утверждает, что эмоциональными воздействиями или чувствами можно управлять, вызывая различные или альтернативные выражения лица. С исторической точки зрения улыбка – это неотъемлемый признак, потому что человек со всего мира проявляет такое чувство. Существует также различие между рефлекторной улыбкой и улыбкой, которая является имитацией способа выражения определенных эмоций.

В середине XIX века Чарльз Дарвин, чья книга 1872 года «Выражение эмоций у человека и животных» считается основополагающим текстом



исследований улыбки, предположил, что выражения лица являются универсальными продуктами эволюции человека, а не уникальными уроками чьей-либо культуры, первым выявил, что мимика человека является продолжением мимических выражений, свойственных человекообразным обезьянам: с помощью выражения лица приматы передавали угрозу, беспокойство, испуг, демонстрировали миролюбие. По Дарвину, у человека мимика выражала сначала готовность к нападению, передвижению, защите, и лишь в ходе развития человека выражение лица стало передавать информацию о внутреннем состоянии человека, о его стремлении к установлению общения с другими людьми.

Улыбка в своем развитии проходит несколько этапов: от рефлекторной улыбки до улыбки, выражающей с помощью мимики лица удовольствие, радость, хорошее самочувствие, приветствие, доброе расположение к другим людям.

Улыбка зарождается в наших сенсорных коридорах. Ухо улавливает произнесенное шепотом слово. Глаза замечают старого друга на платформе станции. Рука чувствует давление другой руки. Эти эмоциональные данные поступают в мозг, возбуждая, в частности, левую переднюю височную область, затем распространяются на поверхность лица, где приводятся в действие две мышцы, стоящие по стойке «смирно»: большая скуловая мышца, расположенная на щеке, подтягивает губы вверх, и круговой глаз, который обводит глазницу, сжимает внешние уголки в форме гусиной лапки. Все событие короткое - обычно длится от двух третей секунды до четырех секунд, - и те, кто становится его свидетелем, часто реагируют, повторяя действие и улыбаясь в ответ [1].

Улыбка также может повлиять на ваше эмоциональное состояние. Стоит отметить, что в последнее время распространены расстройства, депрессии,



неврозы. Но есть эффективный способ помочь снять напряжение, снять стресс – это улыбка. С её помощью вы хотите смотреть на вещи и ситуации позитивно.

Ученые установили, что в смехе участвуют 15 лицевых мышц (большинство из них парные). Каждый смех начинается с улыбки, для чего вытягиваются две большие скуловые мышцы [2].

На протяжении десятилетий многие психологи сходились во мнении, что улыбка отражает широкий спектр эмоций, а не универсальное выражение счастья. Это убеждение сохранялось до 1970-х годов, когда Пол Экман и Уоллес Фризен, психологи из Калифорнийского университета в Сан-Франциско, зафиксировали точные мускульные координаты 3000 выражений лица в своей системе кодирования мимических действий, известной как FACS. Экман и Фризен использовали свою систему, чтобы воскресить различие Дюшенна, к тому времени забытое, между искренними улыбками удовольствия и другими типами улыбок [4].

Некоторые исследователи теперь считают, что искренние улыбки - это не мимолетные вспышки эмоций, а скорее ясные окна в глубинный характер человека. Ученые-психологи Калифорнийского университета в Беркли Лиэнн Харкер и Дачер Келтнер использовали FACS для анализа фотографий женщин из ежегодника колледжа, а затем сопоставили оценки улыбки с личностными данными, собранными в ходе 30-летнего лонгитюдного исследования.

Женщины, которые демонстрировали истинное, достойное Дюшенна выражение положительных эмоций на своей фотографии 21-летней давности, имели более высокий уровень общего благополучия и удовлетворенности браком в возрасте 52 лет.

«Люди фотографируют друг друга с непринужденной легкостью и поразительной частотой, обычно не подозревая, что каждый снимок может запечатлеть столько же о будущем, сколько и о мимолетных эмоциях момента»,



- написали Харкер и Келтнер в выпуске журнала «Личность и социальная психология» за 2021 год [3]. Соответствующее исследование, опубликованное в выпуске журнала Motivation and Emotion за 2019 год, подтвердило корреляцию между улыбками низкой интенсивности в молодости и разводом в более позднем возрасте [4].

Если говорить о медицинских аспектах смеха, то следует упомянуть, что, по многим данным, смех укрепляет иммунитет, способствует выработке в головном мозге естественных болеутоляющих веществ—эндорфинов, помогает дышать глубже, тренирует дыхательные мышцы. Поэтому можно ожидать появления таких исследований, как медицинская теология.

В обществе феномен улыбки играет важную роль. Было доказано, что легче найти общий контакт и начать общение с дружелюбной улыбкой, чем с тем, кто выглядит сердитым или грустным. Поскольку улыбка и смех заразительны, настроение окружающих улыбающегося человека также повышается. Это происходит на уровне подсознания, когда человек непреднамеренно подражает другим, что является защитным механизмом.

Понятно, что улыбка показывает добрые намерения, хорошее настроение человека и внутреннее согласие с самим собой. Он счастлив и хочет сделать счастливыми других. С улыбкой в некоторых ситуациях можно идти в позитивном направлении. Увеличить к себе доверие. При помощи искренней улыбки увеличивается шанс создания открытых и доверительных отношений.

Улыбка позволяет снять стресс. Так как улыбкой человек отправляет сигнал в мозг, чтобы поднять себе настроение, то в минуты грусти и стресса, можно снять внутреннее напряжение.

Заключение

Во все времена улыбка рассматривалась как сигнал, который говорит, что человек готов к общению. Улыбка показывает, что человек хорошо себя



чувствует, в прекрасном настроении и готов идти на контакт. Такой человек притягателен для других. Хмурое лицо, наоборот, означает, что человеку не до вас, он занят своими проблемами.

И с таким человеку не очень-то хочется общаться. Также улыбка обладает многими функциями, например такими как: симпатия, стимул к хорошей продуктивности, влияет на здоровье и др. Улыбка создает среду, в которой человек работает более активно и продуктивно, достигает лучших результатов.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Мельникова М. В. К теоретическому обоснованию феномена улыбки // Актуальные исследования. 2020. №20 (23). С. 87-89. URL: <https://apni.ru/article/1330-k-teoreticheskomu-obosnovaniyu-fenomena-ulibkV/>
Ссылка актуальна на 18.11.2024

2. Психологическое исследование улыбки – Ассоциация психологических наук – APS. URL.: <https://www.psychologicalscience.org/observer/the-psychological-study-of-smiling>. Ссылка актуальна на 18.11.2024

3. Abel E. and Kruger M. (2010) Smile Intensity in Photographs Predicts Longevity, Psychological Science, 21, 542–544.

4. Social and Emotional Messages of Smiling: An Ethological Approach, Journal of Personality and Social Psychology, 37, 9, 1539–1553.

СОВЕТСКИЕ ПСИХОЛОГИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Сайибназаров А. Б.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к. психол. н., доцент Валиуллина Е. В.



Аннотация. В работе кратко описана научная деятельность ведущих советских ученых-психологов в годы Великой Отечественной войны А. Р. Лурия, Б. М. Теплова, И. С. Шпильрейна, С. Г. Геллерштейна, К. Х. Кекчеева, Б. Г. Ананьева, Г. Л. Соболева. В выводах статьи отмечается, что советские психологи занимались различными аспектами оказания психологической помощи.

Ключевые слова: Великая Отечественная война, советская психология, ученые-психологи, психика, психология.

SOVIET PSYCHOLOGISTS DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

Sayibnazarov A.B.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Associate Professor Valiullina E. V.

Abstract. The work briefly describes the scientific activities of leading Soviet psychologists during the Great Patriotic War: A. R. Luria, B. M. Teplov, I. S. Shpilrein, S. G. Gellerstein, K. Kh. Kekcheev, B. G. Ananyev, G. L. Sobolev. The article concludes by noting that Soviet psychologists were involved in various aspects of providing psychological assistance.

Keywords: The Great Patriotic War, Soviet psychology, psychologists, psyche, psychology.

С того момента, когда закончилась Вторая мировая война, прошло уже 79 лет, это была самая жестокая и кровопролитная война в истории человечества. Война стала испытанием для всех народов, участвовавших в ней, и жестким испытанием для каждого ее участника. Советская наука, в частности психология,



сыграла важную роль в победе над врагом, советские психологи проявляли ответственность и профессионализм в сложных условиях военного времени.

Цель исследования – изучить и описать некоторые исторические факты из работы ученых-психологов в годы Великой Отечественной войны.

Материалы и методы исследования

Общенаучный подход, анализ научных публикаций по базам данных eLibrary, КиберЛенинка, открытых Internet-источников. В ходе работы была изучена научно-популярная и научная литература по истории и истории медицины, посвященная работе советских психологов в период 1941-1945 годов.

Результаты и их обсуждение

Научная интеллигенция активно включилась в общенародную борьбу с агрессором. Уже 28 июня 1941 года Академия наук СССР обратилась к научной общественности с призывом применить все свои навыки и умения на практике для удовлетворения нужд фронта. В годы Великой Отечественной войны советские психологи занимались научными исследованиями в области обороны, восстановления здоровья раненых, психологической подготовки и практической работы здравоохранения.

В первые месяцы войны в поселке Кисегач под Челябинском А. Р. Лурия организовал тыловой восстановительный нейрохирургический госпиталь. Все помещения санатория, выбранного для этой цели, были переоборудованы для лечения и реабилитации, и уже через месяц А. Р. Лурия и его группа приступили к работе. В скромных условиях им приходилось диагностировать и лечить самые разные психические нарушения и психологические расстройства.

Во время войны советские психологи занимались восстановлением многих нарушений психофизиологической деятельности, таких как параличи, нарушения координации и расстройства согласованных движений, двигательных действий при поражении коры головного мозга, оптической



афазии, дефекты языковой функции, различные формы травматической афазии и нарушения активного мышления.

Перед началом Великой Отечественной войны Б. М. Теплов получил задание от советского военного руководства оказать помощь в реабилитации офицеров, репрессированных в 30-е годы. Как военный психолог, он должен был оценить сохранность личности этих людей, уровень их мышления и работать с ними как психотерапевт. В результате Советская Армия вернула в строй ряд командиров.

Под руководством И. С. Шпильрейна группа психологов изучала процесс летной подготовки в военной школе летчиков в Ейске. В состав исследовательской группы вошли С. Г. Геллерштейн, В. М. Коган, Э. Л. Лапан. В результате исследования были выявлены и описаны методы и приемы, которые необходимы для поддержания и сохранения ясности сознания курсантов, предотвращения комы у молодых летчиков, что позволило снизить количество аварий.

В 1942 году при поддержке А. Р. Лурии в газетной печати была опубликована книга С. Г. Геллерштейна о методах трудотерапии. Издание содержало подробную демонстрацию системы восстановительной трудотерапии при ранениях верхней конечности. В ней использовано положение об особом значении трудовых движений в восстановлении нарушенных функций (в сравнении с механотерапией и лечебной физкультурой) [1].

В книге К. Х. Кекчеева «Ночное зрение» (1942) дана специальная памятка для военнослужащих с изложением основных закономерностей зрительного восприятия. Памятка вооружает соответствующих специалистов психологическими средствами повышения чувствительности ночного зрения и рекомендует способы облегчения процесса темновой адаптации глаза (для



облегчения темновой адаптации летчики в ожидании сигнала к взлету всегда надевали красные очки).

Во время войны советские психологи работали над практическими рекомендациями по использованию психологических принципов цветового камуфляжа. В качестве конкретного примера можно привести работу группы специалистов под руководством Б. Г. Ананьева из отдела психологии Ленинградского Института мозга. Они готовили проект рекомендаций по использованию цветного камуфляжа для защиты различных зданий в Ленинграде от обстрелов; эта экспериментальная работа, начатая в 1941 году, была завершена в кратчайшие сроки, и уже зимой 1942 года ее результаты использовались для маскировки важных зданий в городе.

Одним из видов работы психологов являлась консультационная работа и проведение военно-психологической экспертизы. Например, А. Л. Шнирман с 1941 г. являлся консультантом Наркома здравоохранения РСФСР; К. К. Платонов возглавлял Военно-врачебную комиссию 16 Воздушной армии, осуществлявшую экспертизу боеспособности летчиков, получивших ранения; А. Ц. Пуни был начальником кабинета ЛФК челюстно-лицевого госпиталя и консультантом Санитарного Управления Ленфронта.

Г. Л. Соболев, автор труда о деятельности ленинградских ученых в годы войны, описывая события первой блокадной зимы 1941-42 гг., подчеркивал, что «работники Педагогического института им. Герцена, среди которых нужно в первую очередь назвать проф. В. И. Вернадского, С. Л. Рубинштейна и др., делали все возможное, чтобы жизнь в институте не замирала» [2]. И жизнь продолжалась: в 1943-44 гг. окончили Педагогический институт: в 1943 г. – 79 студентов и 5 аспирантов, в 1944 г. – 120 студентов и 6 аспирантов.



Заключение

Советские психологи занимались различными аспектами оказания психологической помощи: восстановлением психического здоровья, психологической подготовкой военнослужащих, работая не только на передовой, но и в тылу. Их усилия по разработке и внедрению психологических методик и техник были несомненно важными для успешного ведения военных действий. Поэтому изучение этого периода истории советской психологии помогает понять ценность психологической науки для страны в годы Великой Отечественной войны.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Памяти Соломона Григорьевича Геллерштейна (К 125-летию со дня рождения) // Психологическая газета. URL: <https://psy.su/feed/9703/> (дата обращения: 18.04.2024).
2. Соболев Г.Л. Учёные Ленинграда в годы Великой Отечественной войны, 1941-1945. М.-Л.: Наука, 1966. 172 с.

ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ У ЛЮДЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Самойлов Р. Н.

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

Научный руководитель - Дементьева Г. С.

Аннотация. В данной статье рассмотрены основные аспекты применения АРТ-терапии у пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ. Приведены примеры



использования АРТ-терапии. Также раскрыт смысл понятия АРТ-терапия и ее основных направлений с применением в реабилитации наркозависимых.

Ключевые слова: АРТ-терапия, применение АРТ-терапии в наркологии, применение АРТ-терапии в реабилитации наркозависимых, психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ.

THE USE OF ART THERAPY IN PEOPLE WITH PAIN AND BEHAVIORAL DISORDERS CAUSED BY ADDITIVES OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES.

Samoilov R. N.

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

Scientific supervisor - Dementyeva G.S

Abstract. This article discusses the main aspects of the use of ART therapy in patients with mental and behavioral disorders caused by the use of psychoactive substances. Examples of the use of ART therapy are given. The meaning of the concept of ART therapy and its main directions with use in the rehabilitation of drug addicts is also revealed.

Keywords: ART therapy, the use of ART therapy in narcology, the use of ART therapy in the rehabilitation of drug addicts, mental and behavioral disorders caused by the use of psychoactive substances.

Введение

Тема употребления психоактивных веществ в нашей стране стоит особо остро. Не смотря на всевозможные действия со стороны наркологической службы, тенденция употребления ПАВ не уклонно процветает.



В сознании человека зависимость поселяется незаметно, формируется в течение длительного периода. Утрата духовных ориентиров, потеря способности анализировать свои мысли, поступки и чувства - все это приводит к формированию зависимости. Для лечения лиц с химическими и не химическими зависимостями применяются различные методы арт-терапии, что способствует самопознанию и саморазвитию пациентов, страдающих алкогольной или наркотической зависимостью.

Арт-терапия служит средством помощи человеку на пути возвращения к нормальному образу жизни и мышлению. Этот метод психотерапии уже несколько лет используется в качестве основного механизма в психологическом и эмоциональном исцелении психологических зависимостей у людей.

Арт-терапия - это вид лечения, который использует искусство в целях терапии. Это исцеление посредством любого художественного творчества. Арт-терапия - это комплекс занятий, где посредством рисования, лепки, конструирования или моделирования пациент может выразить свои мысли, желания, раскрыться как личность, умеющая страдать, любить, чувствовать, радоваться и смеяться.

Цели АРТ-терапии как метода лечения психологической зависимости:

1. Создать социально допустимый выход негативным эмоциям человека.
2. Облегчить процесс прохождения лечебной терапии от зависимости.
3. Использовать психоанализ для поиска оптимальных решений проблемы пациента.
4. Выявить внутренние проблемы и осмыслить их появление в жизни.
5. Установить доверительные отношения между врачом-психологом и пациентом.
6. Помочь человеку сконцентрироваться на своих мыслях и ощущениях.
7. Повысить самооценку путем освоения нового вида творчества.



В практике каждого врача психиатра-нарколога есть опыт, когда пациент прошедший полный курс лечение в условиях наркологического отделения вновь возвращается к употреблению психоактивных веществ. Именно поэтому в настоящее время особый акцент в лечении наркозависимых направлен на этап медицинской реабилитации. В основу которой положены методы АРТ-терапии.

Методики АРТ-терапии активно используются в реабилитационных центрах для лиц, страдающих наркологическими расстройствами.

Особую включаемость и откликаемость пациентов в реабилитационный процесс заметен на разных стадиях от воздержания употребления психоактивных веществ.

Данный анализ представлен коллегами из ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России». Они выбрали четыре когорты пациентов на разных сроках ремиссии от воздержания употребления психоактивных веществ:

1. Только что прошедшие стационарное лечение и переведенные в реабилитационное отделение находящиеся там до 1 месяца (подэтап формирования мотивации к реабилитации);
2. Лица с периодом пребывания в реабилитационном центре от одного до трех месяцев (подэтап решения скрытых (внутренних) психологических проблем пациентов, которые привели его к наркозависимости);
3. Пациенты, пребывающие в реабилитационном центре от трех до шести месяцев (подэтап повышения адаптационных способностей личности наркозависимого и формирование у него ценности здоровья);
4. Находящиеся в реабилитационном центре более шести месяцев (подэтап профилактики рецидива употребления ПАВ).



В течении двух месяцев они наблюдали за данными когорт пациентов, при работе с которыми были задействованы методы из АРТ-терапии, а именно: сказкотерапия, музыкотерапия и изотерапия.

Результаты исследования показали следующее:

- На первом этапе психологической реабилитации (этап формирования мотивации к лечению) показан низкий уровень вовлеченности в занятия по изотерапии и сказкотерапии, что проявляется полным безразличием пациента на данные методики. На этой стадии эффективно использование пассивных методов, таких как музыкотерапия.

- На втором подэтапе психологической реабилитации (этап решения внутренних психологических проблем), стоит отметить, что постепенно актуализируется интерес к занятиям по изотерапии, что подтверждается изменением психофизиологических показателей функционального состояния пациента после занятий по изотерапии.

- Третьей исследовательской группе (подэтап повышения личностного адаптационного потенциала пациента и формирования у него ценности здоровья) по мимо сохраняющегося интереса к изотерапии и музыкотерапии, происходит вовлеченность в сказкотерапию.

- Четвертой исследовательской группы (подэтап профилактики рецидива употребления ПАВ) указывает на высокую степень включенности пациента во все три предлагаемых вида арт-терапии (музыкальная, изотерапия, сказкотерапия), что подтверждается их субъективными оценками показателей в «самочувствии», «активности», «настроения», и позитивной динамикой психофизиологических показателей функционального состояния.

Проанализировав представленное исследование можно сделать соответствующее умозаключение об гигантском вкладе АРТ-терапии как метода реабилитации больных с психическими и поведенческими расстройствами,



вызванными употреблением психоактивных веществ на разных этапах реабилитационного потенциала. Исследование показывает нам что на определенных этапах оказания помощи пациенту используется определенные виды АРТ-терапии, как в комплексе, так и монотерапией. Это доказывает влияние АРТ-терапии на разные сферы психоэмоционального фона человека (смех, гнев, радость, злость и тд.).

Будущее развитие человечества зависит от здоровья нашего подрастающего поколения. Очень часто из-за незрелости личностного роста подростки попадают в антисоциальные компании или являются лидерами этих групп, именно в таких группах происходит впервые употребление психоактивных веществ. Большинство таких подростков не останавливаются на однократном употреблении, а начинают «пробовать» разные виды психоактивных веществ. Это не может не сказаться на их психическом здоровье, во время его формирования. В результате чего происходит формирование вечно незрелой личности, акцентуация личности или все возможных психопатии. Подростки в большинстве случаев являются скромными, застенчивыми, неуверенными в себе. В то время как при употреблении ПАВ происходит истощение психики: мимика становится бедная, в настроении присутствует сниженный фон, возможны также психомоторные расстройства поведения.

Подростки с синдромом зависимости от психоактивных веществ не умеют выражать и/или испытывать эмоции. Для того чтобы научить человека управлять своими осознанными психическими процессами применяют АРТ-терапию. Подросткам иногда тяжело взаимодействовать только со специалистами для это в реабилитационных центрах вводится групповая АРТ-терапия, для получения обратной связи, направленной на социализацию и снятия напряженности. Так же для наркозависимых подростков и взрослых с проблемами психики характерной особенностью являются нарушения



восприятия собственного тела в виде его неприятия, отвержения и страха. В лечебном плане интерес представляет методика рисуночной и танцедвигательной арт-терапии. На полу лежит большой лист бумаги размером 2х3 кв. м, который участники группы сначала игнорируют, затем проявляют интерес, подходят; начинают рисовать, принимают различные позы, изображая визуальный образ в движении, и даже танцуют с бумагой. Этот процесс постепенного вовлечения от рисунка к танцу позволяет им почувствовать свое тело, идентифицировать свои телесные ощущения.

Работа с образами, диалог со своим визуальным образом, телесным образом «Я» способствует усилению ощущения внутренней силы и самоконтроля, поскольку благодаря изобразительной работе образы и аффекты получают более оформленное и конкретное воплощение. В ходе занятий пациент (клиент) получает возможность дистанцироваться от переживания психической или физической травмы. Изобразительная деятельность помогает клиенту по-другому взглянуть на свои чувства, отраженные в рисунке или глине, переработать, переосмыслить свой опыт.

Не маловажным является поддержка со стороны родителей, родственников, друзей. Но иногда включаясь целиком и полностью в своих чад возникает созависимость. Наркозависимый начинает манипулировать, зная о полной подчиненности родственников. При помощи методов АРТ-терапии специалисты не только вовремя выявляют созависимое поведение, но и ведут борьбу на разрыв данной модели поведения.

Одним из достоинств методов арт-терапии в профилактике, коррекции и реабилитации аддиктов и созависимых является то, что эти методы основаны на невербальном выражении чувств, это даёт пациентам свободно выразить своё внутреннее «Я», они начинают чувствовать себя защищенными, по сравнению с вербальной психотерапией. Нередко эффекты арт-терапии проявляются с



помощью изобразительной деятельности, даже при отсутствии последующей вербализации переживаний, что связано с действием множества терапевтических факторов и механизмов (переживания легче выразить в образах: конфликты, релаксация, катарсис, развитие навыков самоорганизации и принятия решений, внутренних переживаний и др.).

Изобразительная деятельность в группе создает предпосылки для обмена опытом на вербальном и невербальном уровнях, осознанию общности переживаний, ведущих к преодолению характерных для клиентов чувств одиночества и изоляции, проработке внутриличностных конфликтов, изменению представлений о себе и других, получению нового опыта и освоению новых навыков, укреплению групповых отношений. С целью сближения участников группы и формирования взаимного доверия применяются такие техники, как кинотерапия, фототерапия, мандалотерапия, акватипия, сказкотерапия, маскотерапия, и другие методы творческого самовыражения. Не следует забывать и о работе с телом. Ведь в теле, как в зеркале, отражается весь жизненный опыт человека. Воздействуя на двигательные и дыхательные стереотипы, можно изменить стереотипы поведения на уровне психики.

После налаживания групповых взаимоотношений и самоосознанности членов группы вводятся разнообразные техники, такие как парный рисунок и скульптура, техники драматизации, телесной и танцевальной терапии.

Весьма ценным является и то, что арт-терапия стимулирует раскрытие творческого потенциала личности и активизирует ее защитно-приспособительные механизмы.

Заключение

Исходя из вышеизложенного материала, участие АРТ-терапии как метода в лечении больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением психоактивных веществ, занимает существенную роль.



Её комплексный и разнонаправленный диапазон действий охватывает всю сферу воздействия на сознание наркозависимых и созависимых.

Исследования показывают, что арт-терапия может значительно улучшить психологическое состояние пациентов с синдромом зависимости, помочь им развить новые способы самовыражения и управления своими эмоциями, а также снизить риск рецидивов. Поэтому включение арт-терапии в программы лечения и реабилитации пациентов с синдромом зависимости является важным шагом на пути к их выздоровлению и восстановлению.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Богачёв О.В. Использование техник экологической арт-терапии в процессе реабилитации употребляющих психоактивные вещества. // Экопоэзис: экогуманитарные теория и практика. 2021. Т. 2, № 2.

2. Максимова А. В. Возможности применения арт-терапии в коррекции химических зависимостей / А. В. Максимова // Молодой ученый. 2020. № 45 (335). С. 205-207.

3. Копытин А. И. Арт-терапия: теория и практика: учебное пособие для вузов / А. И. Копытин. - 2-е изд., стер. Санкт-Петербург: Лань, 2023. 244 с.

4. Мещерякова И.В. Арт-терапевтический подход в социальнопсихологическом сопровождении студентов-инвалидов // Специальное образование: Материалы XV Международной научнопрактической конференции, Санкт-Петербург, 25 апреля 2019 года. Санкт-Петербург: Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина, 2019. С. 187-190

5. Арт-терапия в условиях современных вызовов // Акименко Г.В., Белеза Е.В., Бергер Р., Боровикова З.В., Головки О.В., Голоденко О.Н., Гукина Л.В., Зыкова С.О., Иванова А.В., Изосимова С.А., Карпендейл М.Д., Капица А.А.,



Кара Ж.Ю., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Кувшинов Д.Ю., Кутлер К.А.,
Ладушкин С.И., Лопатин А.А., МакНифф Ш. и др. Москва, 2023.

6. Головки О.В. Отношение к арт-терапии обучающихся в Кемеровском государственном медицинском университете // О.В. Головки, Е.В. Салтанова., З.В. Боровикова, О.В. Шмакова, К.А. Захаренкова / Практика исцеления творчеством: современная арт-терапия в образовании, медицине и социальной сфере. сборник материалов Международной научно - практической конференции. 2022. С. 92-97.

СОЦИАЛЬНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ ПОВЕДЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ И ИХ РОЛЬ В РЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ

Саргсян З. Г. Яхонтова М. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к.ист. н., доцент Г.В. Акименко

Аннотация. В рамках данного исследования мы обратились к анализу различных теоретических подходов, представленных в психологической литературе по данной проблематике, и систематизировали информацию, выделив, на наш взгляд, ключевые закономерности формирования социальных стереотипов. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости системной работы с существующими социальными стереотипам.

Ключевые слова: стереотипы, стереотипное мышление, поведение молодёжи, как формируются стереотипы, какие бывают стереотипы, влияние стереотипов.



SOCIAL STEREOTYPES OF BEHAVIOR OF MODERN YOUTH AND THEIR ROLE IN REGULATION OF BEHAVIOR

Sargsyan Z. G. Yakhontova M. V.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific Supervisor – PhD in History,

Associate Professor G. V. Akimenko

Abstract. In this study, we turned to the analysis of various theoretical approaches presented in the psychological literature on this issue and systematized the information, highlighting, in our opinion, the key patterns of the formation of social stereotypes. The results of the study indicate the need for systematic work with existing social stereotypes.

Keywords: stereotypes, stereotypical thinking, youth behavior, how stereotypes are formed, what stereotypes are, influence of stereotypes.

Введение

Возникновение, формирование, совершенствование личности характеризуется определёнными факторами, осуществляемыми по конкретным закономерностям. Социальные регуляторы позволяют выявить и объяснить особенности существования индивида в обществе.

Молодёжь - это поколение людей, проходящих стадию социализации, усваивающих, а в более зрелом возрасте уже усвоивших образовательные, профессиональные, культурные и другие социальные функции.

Поведенческие стереотипы весьма разнообразны. Они способны во многом определять человеческое поведение, суждения и отношение к окружающему миру и людям. В состав стереотипов можно включить такие



частные случаи как этнические, гендерные, политические и целый ряд прочих стереотипов.

Предмет исследования – социальные стереотипы поведения молодежи, а именно, стереотипы, связанные с теми или иными профессиями.

Гипотеза исследования - предположение о том, что социальные стереотипы восприятия, а именно, стереотипы, связанные с определенным видом деятельности, влияют на социальное поведение, в том числе и на профессиональный выбор.

Цель исследования - выявить стереотипы поведения современной молодежи, и проанализировать их влияние на формирование профессиональной ориентации

Результаты и обсуждение

Различные аспекты понятия социального стереотипа и феномена стереотипизации начали разрабатываться в 20-х годах нашего столетия сначала в американской психологии, а затем в отечественных исследованиях. Фундаментальные исследования в области изучения феномена стереотипа и процесса формирования стереотипов были проведены такими российскими исследователями, как, например, И.П. Павлов, Ю.В. Бромлей, В.П. Трусков, В.Н. Куницына, П.Н. Шихирев, В.С. Агеев, В.А. Ядов, а также рядом зарубежных авторов, в основном представителями американской социальной психологии и социологии У. Липпманом, Д. Катцем и П. Брейли, Р. Нисбетом, М. Россом и др.

Стереотип - эмоционально-оценочное образование. Природа его складывается из двух компонентов - знания и отношения (установки), причем знание это - стандартное, упрощенное, а отношение - эмоциональное. Стереотипные образования, суждения, оценки, образы концентрируются в готовых формулах: в пропагандистских штампах, конкретизирующихся в средствах массовой информации с помощью языковых средств и визуальных



изображений. В большинстве случаев стереотипы проявляют себя в ярлыках, ложных обобщениях, которые очень активно используются пропагандой для вызова соответствующей эмоциональной реакции.

Стереотип, аккумулирующий некий стандартизованный коллективный опыт и внушенный индивиду в процессе обучения и общения с другими, помогает ему ориентироваться в жизни и определенным образом направляет его поведение.

Стереотипы могут создаваться на разных уровнях сознания: на теоретическом (например, в доктринах) и в практике пропаганды и психологической войны (средствами массовой информации). Стереотипное мышление - это склонность человека думать о людях, группах или ситуациях на основании заранее сформированных шаблонов и предубеждений, а не на основе реальной информации или личного опыта.

Хотя стереотипы часто ассоциируются с негативным влиянием, они могут выполнять и некоторые полезные функции: Упрощение восприятия мира. Стереотипы позволяют быстро обрабатывать информацию и принимать решения в сложных ситуациях. Формирование ожиданий: стереотипы дают нам ориентиры, помогая предсказывать поведение других людей.

Поскольку процесс стереотипизации связан с упрощенными, схематическими когнитивными процессами, в корне любого стереотипа лежат заметные, наблюдаемые характеристики, позволяющие группировать события, явления или людей. На этой основе к числу самых распространенных социальных стереотипов относятся этнические, гендерные и возрастные. В самом широком смысле возрастные стереотипы представляют собой разновидность социальных стереотипов и связаны с представлениями людей различных возрастных категорий друг о друге и свойственных каждому периоду - детству, отрочеству, юности, зрелости и старости [1, С 105].



Ранние исследования предполагали, что стереотипы использовались только жесткими и авторитарными людьми. Современные исследования утверждают, что полное понимание стереотипов требует рассмотрения их с двух дополнительных перспектив: как разделенных в пределах определенной культуры/субкультуры и сформированных в сознании отдельного человека.

Формирование в процессе общения с родителями, сверстниками, преподавателями посредством личных контактов;

Средства массовой информации активно внедряют в сознание людей стереотипы – стандарты поведения, социальные мифы, политические иллюзии. Впервые понятие «социальный стереотип» использовал У. Липпман в своей книге «Общественное мнение». Его концепция в дальнейшем была развита и доработана и стала теоретической основой пропагандистского метода стереотипизации массового сознания. У, Липпман проанализировал массовое сознание, а также роль прессы в формировании общественного мнения и массового сознания и пришел к выводу, что всем процессом восприятия управляют стереотипы предвзятые мнения. Поэтому можно сделать предположение, что средства массовой информации активно влияют на формирование стереотипов. При этом наблюдается несоответствие между стереотипными образами и действительностью. Индивид уже не может объективно оценивать и анализировать ту или иную ситуацию. При помощи СМИ данные противоречия активно используются различными организациями или государствами при формировании определенного общественного настроения.

Возникновение стереотипов — это неоднозначное проявление социального мышления. Стереотипы живут, и будут жить вечно, хочет этого человек или нет. Они способны нести информацию, которую человечество накапливало и систематизировало в течение столетий [5, С 90].



Стереотипы помогают понять мир. Они представляют собой форму категоризации, которая содействует упрощению и систематизации информации. Таким образом, информацию легче идентифицировать, отозвать, предсказать или отреагировать.

Стереотипы - это категории объектов или людей. От стереотипа к стереотипу объекты или люди очень отличаются друг от друга. В рамках стереотипов объекты или люди очень похожи друг на друга.

Психолог Гордон Олпорт предложил возможные ответы на вопрос, почему людям легче понимать информацию по категориям.

- Во-первых, так они могут свериться с категорией, чтобы определить шаблон ответов.
- Во-вторых, категоризированная информация более конкретна, чем некатегоризированная, поскольку категоризация подчеркивает свойства, которые разделяются всеми членами группы.
- В-третьих, люди могут легко описать объект в категории, потому что объекты в той же категории имеют общие характеристики.
- Наконец, люди могут принимать как должное характеристики конкретной категории, потому что сама категория может быть произвольной группировкой.

Когда люди действуют на основе стереотипов, они могут несправедливо относиться к представителям определённых групп. Это приводит к дискриминации, которая выражается в неравных возможностях, ущемлении прав и привилегий.

Стереотипы могут препятствовать развитию и реализации потенциала людей. Например, если женщина хочет стать программистом, но ей постоянно говорят, что это «не женская профессия», она может отказаться от своей мечты под давлением общественного мнения.



Стереотипы затрудняют взаимопонимание между людьми разных культур, возрастов, профессий и т.д. Люди могут отталкиваться друг от друга из-за предвзятых представлений.

Если человек ожидает от другого определённого поведения на основе стереотипа, это может привести к разочарованию и конфликту. Например, ожидая от молодого сотрудника небрежности и несерьёзности, руководитель может упустить возможность увидеть его потенциал.

Иногда люди начинают вести себя в соответствии с теми стереотипами, которые на них накладывают. Это явление называется само исполняющимся пророчеством. Например, ребёнок, которого постоянно называют «трудным» или «ленивым», может начать соответствовать этим ожиданиям.

Люди, сталкивающиеся с негативными стереотипами о себе, могут испытывать сильное психологическое давление и стресс. Это может негативно сказываться на их психическом здоровье и самочувствии.

Распространение стереотипов может усиливать социальную напряжённость и способствовать возникновению конфликтов между различными группами населения. Это особенно опасно в многонациональных и мультикультурных обществах.

В частых своих проявлениях стереотипы несут негативный характер. Это случается вследствие ряда обстоятельств: Люди склонны замечать и запоминать негативные события сильнее, чем позитивные, поэтому негативные качества или действия других людей могут быстрее закрепляться в сознании и формировать стереотипы. Некоторые негативные стереотипы уходят корнями в историю, где определенные группы могли подвергаться угнетению или дискриминации. Эти исторические предрассудки могут сохраняться на протяжении поколений. Средства массовой информации и популярная культура нередко акцентируют внимание на негативных аспектах. В условиях конкуренции за ресурсы или



власть группы могут использовать негативные стереотипы для дискредитации своих оппонентов. Если смотреть со стороны общества и отдельного индивида, то можно смело заявить о том, что стереотип будет являться положительным явлением, если имеет положительную направленность и верный информационный фундамент под собой. В других случаях стереотип будет являться все-таки отрицательным явлением. В первую очередь, потому что в большинстве случаев складывается на основе изначально неправильной информации или при недостатке информации вообще. И во-вторых, потому что стереотипы могут приводить к кризису в обществе, если наступает их слом, или же тревоге и неприятным переживаниям у индивида, когда стереотипу не соответствуют содержанию того или иного явления [3, С 8].

Специфика стереотипов заключается в том, что подверженность их влиянию очень высокая. С одной стороны, молодые люди так компенсируют недостаток социального опыта. С другой стороны, стереотипы предназначены для упрощения определённых моделей поведения.

Для понимания особенностей мировоззрения молодежи, включая ее стереотипы, необходимо обратиться к факторам, влияющим на их формирование.

Фактор представлен каким-либо явлением внешнего мира, воздействующим на сознание человека, которое постоянно находится в процессе изменения.

Основными считают употребление алкоголя, курения, лень и зависимость от интернета. Однако, представители молодежи указывают на то, что стереотипы в отношении их поведения часто не соответствуют действительности. Многие участвуют в общественной деятельности, задумываются о своем образовании и карьере. Опрошенные также считают, что благодаря современным технологиям они получают возможность общения с



друзьями и знакомыми, а также им нравится удобство и скорость получения информации.

Таким образом, проведенный опрос показал, что стереотипы о поведении молодежи не всегда соответствуют действительности. Необходимо учитывать мнение молодых. Мы считаем, что важно поддерживать диалог между разными поколениями для более комфортного взаимодействия.

В ходе проведения исследования по теме стереотипов поведения молодежи, было выявлено, что существует определенный разрыв между мнением молодежи и взрослого поколения относительно данной проблемы. Так молодое поколение чаще всего сталкивается с предвзятым отношением со стороны взрослых, что приводит к конфликтам и недопониманию между ними.

Существует множество технологий по борьбе со стереотипами. Рассмотрим самое подходящее под наш случай, основанный на понимании старшего поколения поведения младшего. Технология достижения взаимопонимания участников конфликтного взаимодействия предусматривает поэтапную деятельность, включающую:

- исключение ложных предубеждений;
- формирование общего языка общения;
- нейтрализацию действия механизмов психологической защиты;
- улучшение процесса непосредственного общения.

На процесс и результаты конфликтного взаимодействия постоянно влияют скрытые предубеждения его участников.

Предубеждения формируются под влиянием личного опыта, поэтому одни и те же понятия имеют разный смысл для разных людей. Более того, людям свойственно путать свое восприятие с реальностью. Из этого следует важное технологическое требование: «слушая оппонента, следует помнить: наша картина мира носит субъективный характер; наши «объективные» взгляды -



всего лишь личные мнения; наша концепция морали пригодна только для нас самих И есть только один метод убедить людей: представить им факты, их совокупность и последовательность - и рано или поздно они отбросят предвзятые мнения [4, С 6].

Заключение

Феномен стереотипизации имеет как гносеологические, так и социально-политические корни. Он выполняет функцию объяснения и понимания социальных явлений и процессов с помощью intersubъективных (и в этой мере стереотипных) понятий и категорий создается то внутренне однородное мыслительное пространство», в рамках которого становится возможным взаимопонимание людей. Вместе с тем, существование одинаковых когнитивных схем — необходимое, но не достаточное условие формирования стереотипа. Он несет выраженную идеологическую нагрузку, отражая интересы господствующего класса и глубокие социальные антагонизмы капиталистического общества. Будучи инструментом манипулирования социальными ценностями и реальным поведением людей, стереотипы массового сознания выступают одной из форм отчуждения и духовного подавления широких слоев трудящихся. С некоторой долей условности можно сказать, что стереотипизированное сознание — это «ничье» сознание, созданное и функционирующее с помощью могущественной «масс- медиа» — индустрии лжи, ненависти и страха.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Курьшева О. В. Социально-психологическое исследование возрастных стереотипов молодежи // Logos et Praxis. 2010. №7-12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskoe-issledovanie-vozzrastnyh-stereotipov-molodezhi> (дата обращения: 20.11.2024).



2. Тухужева Ляна Анзоровна, Кокова Лалина Хамидовна Особенности возникновения стереотипов // Вопросы науки и образования. 2021. №26 (151). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-vozniknoveniya-stereotipov-1> (дата обращения: 23.11.2024).

3. Акименко Г.В. Клиповое мышление как фактор изменения образовательных технологий в современной высшей школе // Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина, А.М. Селедцов, А.С. Яковлев // В сборнике: Современный культурно-социальный контекст и проблемы медицинского образования. материалы II Международной научно-практической конференции. 2023. С. 5-16.

4. Вerveйко О. И., Данакин Николай Семенович Рефлексивные технологии преодоления деструктивных стереотипов // Социально-гуманитарные знания. 2013. №12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/refleksivnye-tehnologii-preodoleniya-destruktivnyh-stereotipov> (дата обращения: 23.11.2024).

5. Попова Валерия Олеговна, Балезина Екатерина Андреевна Роль средств массовой информации в формировании стереотипов массового сознания // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2015. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-sredstv-massovoy-informatsii-v-formirovanii-stereotipov-massovogo-soznaniya> (дата обращения: 23.11.2024).

**SLOW MOVEMENT – ОБЩЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ,
КУЛЬТУРА ЗАМЕДЛЕНИЯ РИТМА ЖИЗНИ**

Сафоненко Г. Е.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к.ист.н., доцент Г.В. Акименко



Аннотация. Статья представляет движение Slow Movement (медленное движение), которое объясняет, что быстрый темп жизни нужен не всем людям и пропагандирует жить, а не пытаться поспевать за ускоряющимся темпом жизни.

Ключевые слова: Slow Movement, человек, темп жизни

**SLOW MOVEMENT IS A SOCIAL MOVEMENT,
A CULTURE OF SLOWING DOWN THE RHYTHM OF LIFE**

Safonenko G. E.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific supervisor – PhD, Associate Professor G.V. Akimenko

Abstract. The article presents the Slow Movement, which explains that not all people need a fast pace of life and promotes living, rather than trying to keep up with the accelerating pace of life.

Keywords: Slow Movement, person, pace of life

Введение

Мир сегодня становится все более быстрым: ускорение, повышение эффективности, многозадачность. Люди учатся успевать работать на трех работах, учить языки по аудиоурокам в дороге, слушать лекции на беговой дорожке. Время - архиважный ресурс и жизнь превращается в невероятную гонку. Стараясь успевать все и сразу, мы находимся в постоянном стрессе, в постоянной тревоге и часто не успеваем по-настоящему жить. Культура медленного движения - о том, что иногда нужно «остановить мгновение». Уделять время себе, чувствовать каждый момент, быть «здесь и сейчас».



Методы исследования: обработка научных статей на платформах cyberleninka, Elibrary; изучение книг авторов, пропагандирующих культуру Slow Movement.

Результаты и их обсуждение

Жизнь состоит из серии событий, которые происходят с человеком. Они могут меняться быстрее или медленнее в зависимости от различных факторов, как внутренних, так и внешних. Окружающая среда влияет на этот процесс во многих отношениях. То, что окружает человека, с помощью чего он решает ту или иную задачу, определяет, насколько быстро он перейдет к следующей задаче.

Со временем появляется все больше механизмов адаптации и существования, с помощью которых человек стремится упростить свою жизнь и выполнять больше задач за более короткое время, но не все вспомогательные элементы имеют только положительные эффекты. Многие из них не только ускоряют темп жизни, но и оказывают серьезное негативное влияние на здоровье. И если вовремя не обратить внимание на эти нарушения, это может привести к серьезным последствиям.

Быстрый темп современной жизни имеет самые разные последствия, которые в той или иной степени проявляются у людей, особенно в больших городах, где проживает более миллиона человек. Наиболее важными будут являться: нарушения деятельности нервной системы, пищеварительной системы, проблемы с опорно-двигательным аппаратом, а также проблемы ментального здоровья. Они могут иметь разную степень тяжести, в зависимости от времени, затрачиваемого на тот или иной аспект жизни. В наибольшей степени быстрый темп жизни сказывается на студентах. В настоящее время большая доля населения страдает нарушениями сна, и распространенность вышеперечисленных расстройств постоянно растет. В основном это связано с



условиями труда, высокой загруженностью на учебе и образом жизни людей в современном обществе.

Плохое качество сна и последующая дневная сонливость способствуют развитию сердечно-сосудистых заболеваний, дорожно-транспортных происшествий, плохой успеваемости и психологического стресса.

Согласно литературным данным, студенты сообщают о значительно худшем качестве сна по сравнению с населением в целом. Для них характерны повышенная утомляемость, нарушения сна, чрезмерная дневная сонливость, беспокойство, раздражительность и депрессия. Все это результат чрезмерно быстрого темпа жизни.

Еще одна проблема, касающаяся данной темы – транспорт. Чтобы добираться на учебу или на работу по утрам, вам придется пожертвовать определенным временем сна, чтобы добраться по городу до места работы или учебного заведения. Эта проблема возникает и после занятий. Возвращение домой занимает довольно много времени. В результате график выполнения дел смещается ближе к ночи, а продолжительность сна будет меньше.

В то же время нынешняя серьезная проблема - это обязательная проверка социальных сетей. Как необходимый ритуал, проверка социальных сетей каждые 5 минут может быть похожа на зависимость. Человек боится выпасть из существующего информационного пространства и боится пропустить новые сообщения и уведомления. Но в большинстве случаев такие принудительные проверки не имеют информационной ценности, одна такая проверка занимает лишь небольшое количество времени, но в конечном итоге при частой проверке телефона это оборачивается потерей большого количества времени.

В результате у нас мало времени для сна. В большинстве случаев время, которое люди тратят на сон, не достигает необходимого минимума. Организм не



успевает восполнить запасы энергии, необходимые для более важных занятий, что приводит к снижению качества работы и развитию негативного мышления.

Но ограниченностью сна проблемы не заканчиваются, в спешке человек, охваченный необходимостью выполнять много дел, не уделяет достаточно времени полноценному приему пищи. В результате возникает огромный спрос на быструю еду. В настоящее время пищевая промышленность полностью реагирует на такие потребности, создавая такую нишу как фаст-фуд. Как правило, это жирная пища, насыщенная холестерином, стоимость которой невелика. Единичные и редкие приемы пищи такого типа не принесут большого вреда, но злоупотребление и отсутствие контроля могут иметь серьезные последствия. Многие студенты едят нерегулярно и перекусывают на ходу.

В последние годы отмечается тенденция ухудшения здоровья у студентов. Во многих исследованиях отмечается большой процент заболеваний опорно-двигательного аппарата студентов среди прочих заболеваний. В то же время опорно-двигательный аппарат во многом обеспечивает здоровье студента. Заболевания опорно-двигательного аппарата в значительной степени зависят от состояния позвоночника. А заболевания позвоночника, в свою очередь, ведут к нарушению осанки. Большинство работ, которые необходимо выполнять в XXI веке, являются сидячими. В основном это работа за персональными компьютерами, в результате которой подвергается напряжению опорно-двигательный аппарат.

При длительных работах за компьютерами возникает необходимость с определенной периодичностью выполнять комплекс упражнений, который призван защитить организм от нежелательных последствий. Но, к сожалению, этому уделяется крайне мало или вовсе не уделяется времени. В результате появляются осложнения в виде сколиоза и прочих заболеваний опорно-двигательного аппарата.



Также немаловажной составляющей здоровья человека является ментальное здоровье, поддержание которого в норме является необходимой задачей для нормального функционирования человека. Здоровые социальные связи это один из важнейших компонентов. В настоящее время, с развитием интернета, человеку очень легко ограничить себя от каких-либо социальных связей с людьми. Это может привести к отделению человека от общества и последующей деградации личности, упрощению жизненных целей и круга интересов. А процесс возвращения в общество может оказаться крайне тяжелым.

Помимо вышесказанного, стараясь успевать все и сразу, мы находимся в постоянном стрессе, в постоянной тревоге и часто не успеваем делать то, что по-настоящему важно - жить. В ускоренном темпе жизни все ускользает мимо нас, в голове остается место только для учебы или работы, все остальное становится лишь помехами, поскольку даже в свободное время люди продолжают думать о учебе или работе.

В противовес ускоряющемуся темпу жизни была создана культура Slow Movement. Считается, что движение началось с проведения демонстрации против появления «Макдоналдса» рядом со знаменитой римской достопримечательностью - площадью Испании - в 1986 году.

Итальянский активист Карло Петрини призвал бойкотировать фастфуд и вспомнить о ценности артизанальной еды, поддержать локальных производителей и богатейшую гастрономическую культуру Италии. Его лозунг звучал так: «Удовольствие превыше прибыли, человек важнее работы, неспешность приятнее суеты». В дальнейшем большое влияние на движение оказали Гейр Бертелсен - создатель Мирового института медленности и Карл Оноре - автор ряда основополагающих книг о замедлении ритма жизни. Считается, что именно Карл Оноре создал программный текст движения: книга



«Во славу неторопливости: как всемирное движение бросает вызов культуре скорости».

Суть движения заключается не в буквальном замедлении движений, а в том, чтобы не гнаться за тем, чтобы все успеть. Slow Movement о том, что человеку время от времени необходимо «застыть в моменте», насладиться им, уделить время себе. Движение пропагандирует стремление к полноте жизни, радости, призывает людей относиться к жизни и себе с большим вниманием.

На сегодняшний день многозадачность и стремление человека успеть как можно больше является социально поощряемым поведением со стороны работодателей и общества в целом. В то время как меланхолическая или просто размеренная медлительность вызывает раздражение. Хотя по исследованиям на длинной дистанции многозадачность оборачивается сильным снижением продуктивности, увеличением стресса, а также приводит к большому количеству ошибок в работе и учебе. Размеренные практики, наоборот, избавляют от тревоги, сосредотачивают и в некоторых случаях даже улучшают работу мозга.

В культуре Slow Movement существует множество направлений:

- Медленный город - его идея в том, чтобы улучшить качество жизни горожан, в том числе за счет замедления городского ритма, противостояния глобализации и «усреднения» инфраструктуры

- Медленное старение - целью этого направления является естественное, полностью осознанное и принимаемое старение, в противоположность отчаянным попыткам избежать неизбежного

- Медленное воспитание - это направление противостоит стремлению многих родителей сделать из своих детей гениев, вызвать их ускоренное взросление, максимально загрузить детей разными дополнительными занятиями, не оставляя им свободного времени. Сторонники медленного движения в воспитании считают, что подобные стремления родителей часто приводят детей



к психологическим и нервным расстройствам, нарушают естественные этапы психоэмоционального взросления и отнимают у детей счастье детства

- Медленное образование - это педагогическое направление возникло как реакция на всё более сконцентрированные учебные программы и всё более широкое внедрение тестирования для оценки знаний. Сторонники медленного подхода полагают, что большинство учеников не может достаточно глубоко усвоить такое большое количество материала в такие сжатые сроки, программы нужно разгружать от второстепенного материала для более качественного усвоения самого важного; кроме того, сторонники медленного подхода считают неправильным сегодняшнее слишком широкое применение тестирования в образовании

- Медленное питание (слоуфуд) - это направление противостоит индустрии быстрого питания, подчёркивая необходимость здорового питания, сохранения национальных и региональных кухонь, поддержания культуры традиционного застолья

- Медленное путешествие - слишком быстрое перемещение, доступное сегодня, значительно уменьшает удовольствие от путешествия, притупляет впечатления, лишает возможности и желания глубоко вникать в местную культуру, знакомиться с обществом и его скрытыми для первого взгляда чертами

- Медленное чтение - направлено на противостояние скорочтению, где в нём нет необходимости, возвращение к медленному и вдумчивому чтению, перечитыванию, анализу прочитанного, что способствует более глубокому пониманию и удовольствию от чтения

В рамках современности замедление темпа жизни кажется невозможным. Огромная конкуренция повсюду, каждый старается завладеть как можно большим. Кажется, что замедлиться – значит проиграть и остаться ни с чем. Но если человек чувствует, что устал, не справляется, загнал себя в этой гонке жизни



– значит настало время чтобы остановиться. Замедлиться, взять паузу, понять, как двигаться дальше.

Карл Оноре сказал об этом: «...я вовсе не объявляю войну скорости как таковой. Стремление двигаться быстро освободило и преобразило наш мир. Беда в том, что любовь к скорости, потребность успевать больше за все более короткие отрезки времени зашла слишком далеко, превратилась в одержимость, в языческий культ» [6]. Необходимо найти свой темп жизни, найти баланс, чтобы жить и быть счастливым.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Карл Оноре. «Во славу неторопливости: как всемирное движение бросает вызов культу скорости». ООО «Альпина Паблицер», 2016.
2. Карл Оноре. «Без суеты: как перестать спешить и начать жить». Издание на русском языке, перевод, оформление. ООО «Альпина Паблицер», 2014.
3. Carl Honoré. In Praise of Slow How a Worldwide Movement Is Challenging The Cult Of Speed. — Moscow: Alpina Publisher, 2014. - 260 p. - ISBN 978-5-9614-4790-3.
4. Honoré, Carl. Under Pressure: Rescuing Our Children from The Culture Of Hyper-Parenting (English). - Orion, 2008. - ISBN 978-0-7528-7531-6.
5. Honoré, Carl. The Slow Fix: Solve Problems, Work Smarter and Live Better in a Fast World (English). - Collins, 2013. - ISBN 978-0-0611-28820.
6. In Praise of Slow: Challenging the Cult of Speed (HarperOne, 2004)



ЗНАЧЕНИЕ МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ БЛАГОПРИЯТНОЙ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ

Семёнова С. В., Епанчинцева А.В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к. ист. н., доцент Акименко Г.В.

Аннотация. В статье представлен теоретический анализ потенциала музыкальной терапии как одного из методов воздействия на психику человека в условиях современного общества. Современный мир характеризуется высоким уровнем стресса, неправильным образом жизни и агрессивной информационной средой, что оказывает значительное влияние на эмоциональное и психологическое состояние человека, а также на его поведение и жизненный уклад. Музыкальная терапия, как метод восточной медицины, представляет собой перспективное направление, способное помочь людям восстановить здоровье даже в случаях, когда медицинские прогнозы не являются благоприятными. Музыкотерапия представляет собой обширное поле методов и технологий, включающих в себя использование музыки, пения, отдельных звуков и звукосочетаний с терапевтической целью.

Ключевые слова: музыкотерапия, психологические методы, психологическое здоровье, гармонизация эмоционального состояния.

THE IMPORTANCE OF MUSIC THERAPY FOR CREATING A FAVORABLE LIVING ENVIRONMENT

Semyonova S. V., Epanchintseva A. V.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific Supervisor – Ph.D. in History, Assoc. Prof. Akimenko G. V.



Abstract. The article presents a theoretical analysis of the potential of music therapy as one of the methods of influencing the human psyche in the conditions of modern society. The modern world is characterized by a high level of stress, an unhealthy lifestyle and an aggressive information environment, which has a significant impact on the emotional and psychological state of a person, as well as on his behavior and lifestyle. Music therapy, as a method of oriental medicine, is a promising direction that can help people restore health even in cases where medical prognosis is not favorable. Music therapy is a vast field of methods and technologies that include the use of music, singing, individual sounds and sound combinations for therapeutic purposes.

Keywords: music therapy, psychological methods, psychological health, harmonization of emotional state.

Введение

Исследования последних лет убедительно свидетельствуют о том, что музыка оказывает воздействие на различные участки мозга, включая те, которые отвечают за эмоции, познание, сенсорные ощущения и движения. На самом деле, музыкальная терапия как средство для поддержания психического здоровья используется на протяжении тысячелетий.

Музыкальная терапия - один из трёх видов «арт-терапии», наряду с арт-терапией и драматерапией. В то время как драматерапевт использует ролевые игры и сторителлинг, чтобы помочь клиентам разобраться в своих проблемах, а арт-терапевт использует художественные средства в качестве основного способа самовыражения, музыкальные терапевты используют силу музыки [7].

Музыкальная терапия успешно применяется для лечения широкого спектра физических и психических заболеваний, таких как депрессия, тревожность и гипертония.



Музыкотерапия представляет собой психотерапевтический метод, основанный на целебном воздействии музыки на психику человека. Она является системой психосоматической регуляции функций организма, при которой происходит одновременное влияние акустических волн, организованных в музыкальную структуру, на психоэмоциональную, духовную сферу человека, а также на поверхность тела и внутренние органы [4].

В качестве методологической основы исследования послужили идеи о взаимосвязи социального влияния и развития, системно-деятельностный подход, а также методологические принципы целенаправленности изучения личности; единства сознания, деятельности и личности; детерминизма; преодоления противоречия; единства потенциального и актуального в развитии личности.

Объектом исследования является музыкотерапия - одно из ответвлений арт-терапии.

Результаты и их обсуждение

Клиническая музыкальная терапия - это единственная профессия, которая активно использует научно обоснованные методы для творческого, эмоционального и энергетического воздействия музыки на здоровье и в образовательных целях. Музыкальные терапевты используют инновации, активное слушание, обсуждение текстов песен, визуализацию, исполнение и обучение с помощью музыки для оценки эмоционального состояния человека в различных сферах. Они также участвуют в междисциплинарном планировании лечения, текущей оценке и последующем наблюдении.

Прослушивание, пение, игра на музыкальных инструментах и создание музыки - всё это примеры занятий музыкальной терапией. Одно из преимуществ музыкальной терапии заключается в том, что для участия в ней или получения от неё пользы не нужно обладать какими-либо музыкальными способностями или навыками



Механизмами лечебного действия музыки являются: катарсис, эмоциональная разрядка, облегчение от осознания собственных переживаний, психоэмоциональное регулирование, противостояние жизненным проблемам, повышение социальной активности [1, 6].

Обращаясь к истории, можно сказать, что целебное воздействие музыки на человеческий организм замечено ещё с древних времен. Одним из первых людей, утверждавших значительное влияние музыки на психическое и физическое состояние человека, был греческий учёный и философ Пифагор, утверждавший, что музыка способна «излечивать человеческие нравы и страсти, устанавливать первоначальную гармонию душевных сил». В дальнейшем, корифей медицины исламского Востока Авиценна писал о воздействии музыки как терапевтическом средстве в «Каноне врачебной науки» [5]. Обычно, такой вид терапии избирали для снятия напряжения и стресса, для медитации и расслабления. Однако, как метод лечения данное направление реабилитации с помощью различных звуков сформировалось не так давно. Впервые лечение с помощью музыки стало формироваться лишь в 1950-х годах в США для успокоения душевных и физических ран ветеранов войны.

По данным Американской ассоциации музыкальной терапии, современная музыкальная терапия зародилась после Второй мировой войны. Когда местные музыканты выступали для ветеранов в больницах, солдаты, казалось, выздоравливали быстрее (как физически, так и эмоционально), что побудило учреждения нанимать больше специалистов для этой работы [4].

Музыкальная терапия и методы лечения психических расстройств по-прежнему используются для лечения госпитализированных пациентов, страдающих от болезней или травм. Однако музыкальная терапия применяется для лечения людей, страдающих от физических недугов, из-за её влияния на их психическое состояние. Она может помочь пациентам справиться с



эмоциональным стрессом и почувствовать себя более уверенными, жизнерадостными и связанными с окружающим миром. Это, в свою очередь, приводит к более оптимистичному настрою, который, как было доказано, способствует физическому восстановлению.

Музыка для психического здоровья обрабатывается и генерируется иначе, чем устная речь. Обходя этот канал коммуникации и не полагаясь на устную речь, пациенты могут выражать свои мысли более свободно, общаться с близкими на более глубоком уровне и лучше понимать своё место в мире. Например, пациентам, пережившим травму, часто трудно выразить свои чувства или описать конкретное событие (события). Музыкальная терапия — в частности, лирический аспект музыки - помогает им справиться с трудностями. Как сказал один музыкальный терапевт, тексты песен — это «более простой способ самовыражения», чем устная речь.

За последнее десятилетие вышло несколько статей о музыкальной терапии, в которых обсуждается, как программы музыкальной терапии и охраны психического здоровья помогают людям преодолевать жизненные трудности. В одном тематическом исследовании, исследователи отслеживали влияние музыкальной терапии на развитие 3-летней девочки с диагнозом детская апраксия. В течение девяти месяцев молодая девушка была осмотрена на 24 сеансах. В рамках метода музыкальной терапии, основанного на данных, лечение музыкой включало в себя сочетание поведенческого, импровизационного и художественного подходов.

Музыкальные терапевты использовали ряд музыкальных, визуальных и интерактивных средств, а также увлекательную дискуссию между ребенком и врачом. Успех ее лечения музыкальной терапией был неоспорим. В начале лечения методы общения ребенка были практически полностью невербальными. К концу она смогла произносить слоги и создавать комбинации звуков.



Определённые методы дыхания, ритмическое и слуховое заземление, музыкальная релаксация и отвлечение — вот некоторые из навыков преодоления трудностей, которым может научить людей музыкальная терапия. Эти тактики изучаются в рамках музыкальной терапии, чтобы в случае кризиса человек научился эффективно их использовать и справляться с внешними факторами или триггерами.

Музыкальная терапия может помочь в распознавании и назывании эмоций в безопасной обстановке, что может привести к улучшению коммуникации с другими людьми. Эмоциональная осознанность и невербальное выражение эмоций также являются частью эмоционального поведения. Музыкальная терапия может помочь людям научиться безопасно выражать свои чувства вербально и невербально, чтобы улучшить эмоциональную регуляцию.

Музыкальная терапия позволяет людям работать над преодолением фрустрации в контролируемой атмосфере, занимаясь чем-то творческим. Например, музыкальный терапевт может попросить пациента принять участие в структурированной импровизации на темы, связанные с психическим здоровьем (например, триггеры, преодоление фрустрации, совладание с наплывом эмоций во время панической атаки). Отработка этих внутренних реакций является частью разработки стратегий борьбы с фрустрацией и предотвращения «срыва». Наряду с обучением справляться с негативными эмоциями, такими как разочарование, музыкальная терапия также может помочь клиентам развить навыки релаксации, которые можно использовать до, во время или после напряжённых ситуаций.

Хотя психическое здоровье часто считается личным делом каждого, оно существенно влияет на наши межличностные связи. Изоляция или агрессия - распространённые симптомы проблем с психическим здоровьем. Такие



взаимодействия могут происходить с семьёй, друзьями, близкими людьми, коллегами или незнакомцами на улице.

Музыкальная терапия при психических заболеваниях может помочь людям развить социальные навыки, которые они смогут применять в повседневной жизни. Такие сеансы обычно проводятся в группе, но могут проводиться и индивидуально.

Проблемы с психическим здоровьем могут негативно сказаться на самооценке и нашем представлении о себе. Музыкальная терапия может повысить уверенность в себе и улучшить понимание собственного поведения. Когда вы находитесь на самом низком уровне, трудно быть добрым по отношению к себе [2]. Музыкальный терапевт может помочь людям выявить положительные черты, которые они упустили из виду (или, к сожалению, возможно, даже никогда не замечали в себе). Не говоря уже о том, что сам процесс создания музыки и/или общения с другими людьми повышает самооценку.

В настоящее время различают четыре основные формы музыкотерапии: рецептивную, интегративную и активную.

Рецептивная (пассивная) форма заключается в прослушивании музыки во время разговора с терапевтом. При этом разговор может быть как на определённую тему, предложенную специалистом, так и обсуждением эмоций, возникших у клиента от той или иной музыки, всплывших в его памяти событий и сюжетов. При такой форме музыкотерапии клиент занимает позицию простого слушателя.

При активной форме, в отличие от рецептивной, пациент, как следует из названия, активно принимает участие в музыкальной деятельности: играет на музыкальных инструментах, поёт и т.д.



Интегративная музыкотерапия наряду с музыкой использует возможности различных других видов искусства. Результатом комбинации являются такие творческие формы деятельности, сопровождающие прослушивание музыки или осуществляющиеся после него, как создание литературных текстов (стихи, рассказы), рисование, подвижные игры, хореография (танец, пантомима), спектакль и др.

Методы музыкальной терапии, в зависимости от её формы, могут быть самыми разными, среди них такие как:

- Игра на барабанах
- Прослушивание живой или записанной музыки
- Изучение техник расслабления с помощью музыки, таких как прогрессивное расслабление мышц или глубокое дыхание
- Пение знакомых песен с живым или записанным сопровождением
- Игра на инструментах, таких как ручная перкуссия
- Импровизация музыки на инструментах голоса
- Написание текстов песен
- Написание музыки для новых песен
- Обучение игре на таком инструменте, как пианино или гитара
- Танцы или движения под живую или записанную музыку
- Написание хореографии для музыки
- Обсуждение своей эмоциональной реакции или значения, придаваемого определённой песни или импровизации

Помимо формы и метода, выбранных специалистом, существенную роль играют темп музыки, её ритм и тональность. Например, минорные тональности часто передают депрессивное настроение, а быстрые пульсирующие ритмы могут стимулировать. Эмоциональные и физиологические реакции на музыку у разных людей различаются, что приводит как к положительным, так и к



отрицательным реакциям. Мягкие ритмы и консонансы обычно действуют успокаивающе, тогда как диссонансы вызывают возбуждение. Специалисту, создающему музыкальную подборку, следует учесть и то, что наибольшим терапевтическим действием обладают шедевры музыкального искусства такие как: произведения Баха, Генделя, Гайдна, Моцарта, Бетховена, Шуберта, Шопена, Паганини, Сен-Санса, Чайковского, Рахманинова, Прокофьева и других классиков.

Немаловажен и комфорт клиента во время музыкально-терапевтического сеанса. Для достижения максимального эффекта психотерапевтического сеанса с использованием метода музыкотерапии специалист должен рекомендовать сотруднику соблности некоторые установки, а именно:

- перед прослушиванием сотрудник должен быть сытым, но не переедать;
- пациент во время сеанса должен быть одетым в удобную одежду и расположиться в удобной позе.

Важным составляющим моментом эффективности психотерапевтического лечения являются условия в помещении, в котором проводится сеанс. Помещение должно быть оснащено техническими средствами, позволяющими использовать метод музыкотерапии, также в помещении должна находиться мягкая мебель, приятный свет и аромат эфирных масел.

Заключение

Музыкальная терапия может быть полезна всем, от детей до пожилых людей. Она может быть полезна людям с нарушениями психического здоровья, в частности с социальными нарушениями, нарушениями развития и трудностями в обучении. Музыкальная терапия предлагает уникальный подход к психическому здоровью и открывает возможности для исцеления и самовыражения, которые просто недоступны при других видах терапии. Хотя



она может способствовать развитию коммуникативных, социальных, эмоциональных и когнитивных навыков у людей всех возрастов, раннее начало музыкальной терапии для детей может оказать огромное влияние на их развитие. Это может помочь развить навыки самостоятельности и подготовить молодых людей к физическим, социальным и эмоциональным изменениям, которые произойдут в их жизни в дальнейшем.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Нагиева А. М. Музыкотерапия // Инновационная наука. 2020. №12.
URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/muzykoterapiya-1> (дата обращения: 17.11.2024).
2. Ткаченко В. Е. Музыкотерапия // Вестник науки и образования. 2020. №15-2 (93).
3. Арт-терапия в условиях современных вызовов // Акименко Г.В., Белеза Е.В., Бергер Р., Боровикова З.В., Головки О.В., Голоденко О.Н., Гукина Л.В., Зыкова С.О., Иванова А.В., Изосимова С.А., Карпендейл М.Д., Капица А.А., Кара Ж.Ю., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Кувшинов Д.Ю., Кутлер К.А., Ладущкин С.И., Лопатин А.А., МакНифф Ш. и др. Москва, 2023.
4. Борисова Е. Н., Волков Д. В. Интегративная музыкотерапия как метод педагогической деятельности (на примере детского реабилитационно-развивающего проекта «Путешествие в ГуслиГрад») // МНКО. 2016. №2 (57).
URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/integrativnaya-muzykoterapiya-kak-metod-pedagogicheskoy-deyatelnosti-na-primere-detskogo-reabilitatsionno-razvivayuschego-proekta> (дата обращения: 17.11.2024).
5. Агафонова К.А. Музыкотерапия в психосоциальной работе: к соотношению опыта музыкотерапии с психосоциальными подходами // Science Time. 2018. №5 (53). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/muzykoterapiya-v->



psihosotsialnoy-rabote-k-sootneseniyu-opyta-muzykoterapii-s-psihosotsialnymi-podhodami (дата обращения: 17.11.2024).

6. Гладкая Н. В. Коррекция психоэмоциональных состояний сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации с использованием метода музыкотерапии // Педагогика и психология: академический журнал. 2024. №1 (4).

7. Шушарджан, С.В. Музыкотерапия и резервы человеческого организма. М.: Антидор, 1998. 363 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Скрипчук В. С., Зайцева Е. В.

*Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом психиатрии
учреждения образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь, г. Гомель,*

Научные руководители - Сквиря И. М., Абрамов Б. Э.

Аннотация. В данной статье с использованием теста Спилбергера-Ханина установлено, что ситуативная тревога у студентов медицинского университета с умеренного уровня на первом и третьем курсах статистически значимо снижалась к шестому курсу ($p < 0,05$), а личностная тревожность у большинства студентов была высокого уровня с тенденцией к снижению от курса к курсу ($p > 0,05$).

Ключевые слова: тревожность, студенты медицинского университета, тест Спилбергера-Ханина, адаптация.



**COMPARATIVE ANXIETY LEVEL OF STUDENTS
OF DIFFERENT YEARS OF MEDICAL UNIVERSITY**

Skripchuk V. S., Zaitseva E. V.

Department of Neurology and Neurosurgery with a Course in Psychiatry

Gomel State Medical University

Gomel, Republic of Belarus

Scientific Supervisors - Skvira I. M., Abramov B. E.

Abstract. In this article, using the Spielberger-Khanin test, it was found that situational anxiety in medical university students from a moderate level in the first and third years statistically significantly decreased by the sixth year ($p < 0.05$), and personal anxiety in most students was high with a tendency to decrease from year to year ($p > 0.05$).

Keywords: anxiety; medical university students; Spielberger-Khanin test; adaptation.

Введение

Тревожными расстройствами на сегодняшний день страдает примерно 4% мирового населения. В 2019 г. численность людей с тревожными расстройствами во всем мире оценивалась на уровне 301 млн. человек; таким образом, тревожные расстройства являются самой распространенной категорией психических расстройств. И женщины чаще подвержены к данному расстройству, чем мужчины [1]

Согласно определению А. М. Прихожан, «тревожность – это переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, предчувствием грозящей опасности, часто не имеющее под собой оснований» [2]. Это явление присуще большинству студентам различных учебных заведений. В последние годы наблюдается растущая озабоченность по поводу



уровня тревожности среди студентов, что связано с высоким уровнем стресса, конкуренцией, необходимостью совмещать учебу и работу, а также с неопределенностью будущего [3].

Тревожность может проявляться в различных формах и оказывать негативное влияние на учебные достижения, социальные взаимодействия и общее качество жизни. Изучение тревожности среди студентов имеет особое значение, так как этот возрастной период является критическим для формирования навыков преодоления стресса и адаптации к взрослой жизни. Уровень тревожности может варьироваться в зависимости от множества факторов, включая год обучения [4].

Цель: изучить уровень тревожности студентов медицинского университета, в зависимости от курса обучения.

Материал и методы исследования

С помощью клинического и экспериментально-психологических методов на базе учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» (УО «ГомГМУ») проведено сравнительное исследование взаимосвязи СТ и ЛТ у 91 студента (59 женского и 32 мужского пола) первого (n=30), третьего (n=30) и шестого (n=31) курсов в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст $21,34 \pm 2,3$ года). Общим критерием включения было информированное согласие студентов на участие в исследовании. Для изучения тревожности у студентов Гомельского государственного медицинского университета был выбран социологический метод. Опрос проводился по анкете, размещенной в базе электронного ресурса: <https://docs.google.com/forms>.

Для оценки уровня тревожности использовался известный опросник Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина. При интерпретации показателей ситуативной тревоги (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) использовали следующие ориентировочные оценки: уровень тревожности до 30 баллов



указывает на низкую тревожность, показатель от 31 до 44 баллов – на среднюю, а уровень 45 и более баллов - на высокую.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерных программ Microsoft Excel 2019 и «STATISTICA» 10.0. Нормальность распределения показателей оценивали с помощью критерия Фишера. Сравнение данных в трех группах проводилось с помощью непараметрического критерия Крускала-Уоллиса. Статистически значимой считалась 95% вероятность различий ($\alpha=0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение студентов I, III и VI курсов в зависимости от уровня СТ в таблицах 1, 2, 3.

Таблица 1.

Распределение студентов I и III курсов по среднему и высокому уровням ситуативной тревоги

Группа	Средний уровень тревожности	Высокий уровень тревожности	Всего	χ^2 (таблицы 2x2)
I курс	21 (36,7%)	9 (33,3%)	30 (52,6%)	$\chi^2 = 2,86$ p=0,045
III курс	11 (63,3%)	18 (66,7%)	29 (47,4%)	
Всего	30 (100%)	27 (100%)	57 (100%)	

Согласно данным таблицы 1, средний уровень СТ был у 21(36,7%) студентов первого курса и 11 (63,3%) учащихся третьего курса. Высокий уровень СТ был выявлен у 9 (33,3%) человек обучающихся на первом курсе и 18 (66,7%) - на третьем курсе (p=0,045).

На третьем курсе 1 (7%) студента был низкий уровень СТ, тогда как на шестом курсе низкий уровень СТ был у 13 (93%) студентов. Средний уровень СТ наблюдался у 11 (56%) студентов третьего курса и у 14 (44%) студентов шестого курса (p = 0,042).



Таблица 2 - Распределение студентов VI и III курсов по низкому и среднему уровням ситуативной тревоги.

Группа	Низкий уровень тревожности	Средний уровень тревожности	Всего	χ^2 (таблицы 2x2)
III курс	1 (7%)	11(56%)	12 (30,8%)	$\chi^2 = 4,12$ 0,0423
VI курс	13 (93%)	14 (44%)	27 (69,2%)	
Всего	14 (100%)	25 (100%)	39 (100%)	

Таблица 3. - Распределение студентов VI и III курсов по среднему и высокому уровням ситуативной тревожности.

Группа	Средний уровень СТ	Высокий уровень СТ	Всего	χ^2 (таблицы 2x2)
III курс	11 (34,4%)	18 (81,82%)	29 (53,7%)	$\chi^2 = 9,97$ 0,0016
VI курс	14 (65,6%)	4 (18,18%)	18 (46,3%)	
Всего	25 (100%)	22 (100%)	47 (100%)	

Согласно данным таблицы 3, средний уровень СТ был на третьем курсе у 11 (34,4%) студентов, а на шестом курсе - у 14 (65,6%) студента, в то время как высокий уровень СТ на третьем курсе был у 18 (81,82%) человек, а на шестом курсе — только у 4 (18,18%) человек ($p = 0,0016$).

Распределение студентов I, III и VI курсов в зависимости от уровня личностной тревожности - в таблицах 4 и 5.

Согласно данным таблицы 4, высокий уровень ЛТ наблюдался на первом курсе у 29(58%) студентов, а средний уровень ЛТ - лишь у одного (36,7%) студента. На третьем курсе студентов с высоким уровнем ЛТ было 21 (42%), что ниже, чем на первом курсе, но процент студентов со средним уровнем ЛТ выше 8 (63,3%) ($p = 0,02$).



Таблица 4 - Распределение студентов I и III курсов по среднему и высокому уровням личностной тревожности.

Группа	Средний уровень ЛТ	Высокий уровень ЛТ	Всего	χ^2 (таблицы 2x2)
I курс	1 (36,7%)	29 (58%)	30 (50,8%)	$\chi^2 = 4,96$ $p=0,02$
III курс	8 (63,3%)	21 (42%)	29 (49,2%)	
Всего	9 (100%)	50 (100%)	59 (100%)	

Таблица 5 - Распределение студентов VI и I курсов по среднему и высокому уровню личностной тревожности.

Группа	Средний уровень ЛТ	Высокий уровень ЛТ	Всего	χ^2 (таблицы 2x2)
I курс	1 (8,3%)	29(59,2%)	30 (58,8%)	$\chi^2 = 8,04$ 0,0046
VI курс	11 (91,7%)	20 (40,8%)	21 (41,2%)	
Всего	12 (100%)	49 (100%)	51 (100%)	

Из таблицы 5 видно, что высокий уровень ЛТ наблюдался у подавляющего большинства первокурсников — у 29 из 30 студентов, что указывает на значительный стресс или беспокойство среди первокурсников. Это может быть связано с адаптацией к новым условиям жизни и учебы. На шестой курсе было 11 студентов со средним уровнем ЛТ и 20 (40,8%) студентов с высоким уровнем ЛТ ($p = 0,0046$).

Заключение

Установлено, что ситуативная тревога у студентов медицинского университета с умеренного уровня на первом и третьем курсах статистически значимо снижалась к шестому курсу ($p < 0,05$), а личностная тревожность у большинства студентов была высокого уровня с тенденцией к снижению от курса к курсу ($p > 0,05$).



Первокурсники испытывали наибольший стресс, что может быть связано с адаптацией к новым условиям и требованиям учебного процесса. На третьем курсе тревожность также оставалась высокой, вероятно, из-за увеличенной учебной нагрузки и подготовки к экзаменам. А студенты шестого курса, хотя и сталкиваются с высоким уровнем тревожности, демонстрировали большую способность к управлению стрессом, что может указывать на накопленный опыт и навыки в преодолении учебных трудностей.

Результаты исследования подчеркивают необходимость комплексного подхода к поддержке студентов на всех этапах их обучения. Программы психологической помощи, ориентированные на разные курсы, могут значительно улучшить психоэмоциональное состояние студентов, помочь им справиться со стрессом и адаптироваться к требованиям учебного процесса. Важно также учитывать индивидуальные особенности каждого студента и предлагать персонализированные решения для снижения уровня тревожности. жить и быть счастливым.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) [Электронный ресурс]: Электрон. журн. Режим доступа: <http://www.who.int/topics/ru> – Дата доступа: 11.09.2024.
2. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А.М. Прихожан. Москва: Московский психолого-социальный институт; Издательство НПО «МОДЭК», 2000. 304 с.
3. Еланцева С.А. Формирование способности к саморегуляции психических состояний студентов организаций СПО как условие обеспечения их ненасильственного отношения к миру и к самим себе / С.А. Еланцева, М.У. Шарова // В сб.: Педагогическое образование в изменяющемся мире. 2017. С. 246–255.



4. Вербицкий А.А. Инварианты профессионализма: проблемы формирования: монография / А.А. Вербицкий, М.Д. Ильязова. Москва: Логос, 2017. 350 с.

АРТ-ТЕРАПИЯ КАК ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Соловей К. К., Панцевич П. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

Гродненский государственный медицинский университет,

Республика Беларусь, г. Гродно

Аннотация. В данной статье рассматривается арт-терапия как интегративный подход к психологической помощи, который сочетает элементы искусства и психотерапии. Основная цель исследования заключается в анализе эффективности арт-терапии в лечении различных психических и эмоциональных расстройств, а также в ее применении в реабилитации и паллиативной помощи. Методология включает исторический анализ развития арт-терапии и описание практических методов, используемых терапевтами для работы с пациентами. Результаты показывают, что арт-терапия способствует самовыражению, снижению уровня стресса и улучшению психоэмоционального состояния, подчеркивая ее значимость как инструмента исцеления и самопознания.

Ключевые слова. арт-терапия, психическое здоровье, реабилитация, самовыражение, творчество, психотерапия.

ART THERAPY AS AN INTEGRATIVE APPROACH TO PSYCHOLOGICAL CARE

Solovey K. K., Pantsievich P. A.

Department of Psychiatry and Narcology

Grodno State Medical University, Belarus, Grodno



Abstract. This article examines art therapy as an integrative approach to psychological assistance that combines elements of art and psychotherapy. The main objective of the research is to analyze the effectiveness of art therapy in the treatment of various mental and emotional disorders, as well as its application in rehabilitation and palliative care. The methodology includes a historical analysis of the development of art therapy and a description of practical methods used by therapists to work with patients. The results show that art therapy promotes self-expression, reduces stress levels, and improves psycho-emotional well-being, highlighting its significance as a tool for healing and self-discovery.

Keywords. art therapy, mental health, rehabilitation, self-expression, creativity, psychotherapy.

Введение

В современном мире арт-терапия, как метод психологической помощи, представляет собой интегративный подход, сочетающий в себе элементы искусства и психотерапии. Стрессы и эмоциональные нагрузки становятся повседневной реальностью из-за чего, проблема психического здоровья приобретает особую актуальность на сегодняшний день. Данная форма терапевтического вмешательства включает все различные виды искусства - от живописи и скульптуры, до музыки и театра.

Использование данного метода предполагает уникальный подход к лечению и восстановлению психического и физического здоровья, что способствует самовыражению и служит мощным инструментом для улучшения качества жизни пациентов, страдающих от различных заболеваний.

Методы и объекты исследования

В исследовании применяется исторический анализ ключевых этапов арт-терапии, обзор практических методов и их эффективность.



Результаты и их обсуждения.

Развитие арт-терапии в историческом контексте прошло через несколько ключевых этапов. Важнейшими из которых является взаимодействие искусства и психологии, а также влияние социальных и культурных факторов на понимание здоровья и благополучия. В этом контексте можно говорить о нескольких значимых фигурах, которые заложили основы арт-терапии к самостоятельной практике.

Методика арт-терапии базируется на убеждении, что содержания внутреннего «Я» человека отражаются в зрительных образах всякий раз, когда он рисует, пишет картину или лепит скульптуру, в процессе чего происходит гармонизация состояния психики [1, С. 58].

Термин «арт-терапия» был введен в употребление художником Адриан Хиллв 1938 году во время описания своей работы с туберкулезными больными в санаториях. Эти методы были применены в США в работе с детьми, вывезенными из фашистских лагерей во время Второй мировой войны. Одним из первых и наиболее влиятельных родоначальников арт-терапии считается швейцарский психиатр Карл Густав Юнг. В начале XX века Юнг начал использовать художественное выражение как средство для исследования бессознательного. Он полагал, что творчество может служить важным инструментом для самопознания и исцеления. Юнг разработал концепцию «активации образов», которая включала использование рисунков и символов для работы с внутренними конфликтами пациента. Это стало отправной точкой для дальнейшего исследования взаимосвязи между искусством и психическим здоровьем. Юнг утверждал, что творчество позволяет нам взаимодействовать с нашими внутренними образами и символами, открывая доступ к глубинам нашей психики.



Данный подход стал основой для развития арт-терапии, где создание художественных произведений служит средством самовыражения и исследования внутренних конфликтов. Юнг также подчёркивал, что творческий процесс может иметь исцеляющий эффект. Он писал, что искусство может стать терапевтическим инструментом, позволяющим нам преобразовывать боль в красоту. Эта идея подчёркивает важность искусства как средства преодоления эмоциональных и психических трудностей.

Идеи К. Юнга легли в основу многих современных подходов к арт-терапии. Специалисты, работающие в этой области, используют его концепции для создания безопасного пространства, в котором пациенты могут исследовать и выразить свои внутренние переживания через художественное творчество. Например, использование живописи, коллажа или скульптуры позволяет пациентам визуализировать свои эмоции и внутренние конфликты, что способствует их осознанию и интеграции. Юнг также акцентировал внимание на значимости индивидуального подхода в терапии. Он писал: «Каждый человек уникален, и, следовательно, его путь к исцелению также будет уникальным». Эта идея стала основой для индивидуализированного подхода в арт-терапии, где терапевты адаптируют методы в зависимости от потребностей каждого пациента. Карл Густав Юнг оказал значительное влияние на развитие арт-терапии, предложив глубокие и многогранные концепции, которые до сих пор служат основой для работы терапевтов.

В 1940-х годах арт-терапия начала формироваться как самостоятельная дисциплина благодаря усилиям таких личностей, как Адриан К. Краузе и Эдит К. С. Хантер. Одним из ключевых достижений Хантера стало создание методологии, основанной на использовании художественного выражения как средства для работы с эмоциональными и психическими проблемами. Он подчеркивал, что процесс создания искусства может быть не только



терапевтическим, но и трансформирующим. Хантер утверждал, что «искусство позволяет нам углубиться в наше бессознательное, открывая доступ к тем эмоциям и мыслям, которые могут быть труднодоступны в вербальной форме».

В своих работах Хантер акцентировал внимание на важности создания безопасного и поддерживающего пространства для пациентов. Он говорил: «Творческий процесс требует уверенности и доверия. Только находясь в защищенной среде, человек может открыться и позволить своему внутреннему миру проявиться через искусство». Это утверждение подчеркивает значимость отношения между терапевтом и пациентом, а также необходимость создания атмосферы, способствующей самовыражению.

Эдит К.С. Хантер разработал ряд методов, которые включали в себя использование различных художественных техник, таких как живопись, скульптура и коллаж. Он считал, что каждая форма искусства имеет свои уникальные возможности для выражения и может быть адаптирована к потребностям конкретного пациента. Хантер писал: «Каждый человек уникален, и, следовательно, его путь к исцелению также будет уникальным. Искусство предоставляет множество путей для этого путешествия».

Примеры применения его методов можно увидеть в работе с пациентами, страдающими от травм и психических расстройств. Хантер использовал арт-терапию для помощи людям в переработке их переживаний, подчеркивая, что «творчество становится мостом между болью и исцелением». Это утверждение иллюстрирует его понимание искусства как способа, позволяющего людям преодолеть эмоциональные и психологические барьеры.

Эдит К.С. Хантер оказал значительное влияние на развитие арт-терапии как научной дисциплины и практического метода. Его работы и идеи продолжают вдохновлять терапевтов и исследователей, подчеркивая важность искусства в процессе исцеления. Хантер оставил после себя наследие, которое



продолжает служить основой для дальнейших исследований и внедрения арт-терапии в медицинскую практику. Творчество, согласно его мнению, является не только способом самовыражения, но и мощным инструментом для достижения внутреннего покоя и гармонии. В это время арт-терапия приобрела официальное признание, и начали появляться первые профессиональные организации и учебные программы, такие как Американская ассоциация арт-терапии, основанная в 1969 году.

Также немаловажную роль в развитии арт-терапии сыграли работы таких исторических фигур, как Фридрих Ницше и Винсент Ван Гог. Ницше, хотя и не имел отношения к арт-терапии в современном понимании, поднимал вопросы о значении искусства как способа преодоления страданий и поиска смысла жизни. Ван Гог, чьи картины отражают глубокие эмоциональные переживания, стал символом того, как творчество может служить средством самовыражения и борьбы с внутренними демонами.

В 20 веке арт-терапия стала активно развиваться и интегрироваться в медицинскую практику. Психологи и терапевты начали осознавать, что искусство может не только отражать внутренние состояния, но и служить инструментом для их трансформации.

В XXI веке арт-терапия продолжает набирать популярность и признание в медицинских учреждениях по всему миру. На фоне увеличения числа психических расстройств, стресса и эмоциональных заболеваний, арт-терапия становится важным инструментом в комплексном подходе к лечению, обеспечивая пациентам возможность самовыражения и исцеления через творчество. Один из основных принципов арт-терапии гласит, что творчество целительно уже само по себе, оно не только позволяет нам снова прожить и разрешить внутренние конфликты, но также обогащает нашу душу. Арттерапия предоставляет нам прекрасную возможность для этого – здесь мы можем



выразить себя, обрести исцеление и реализовать свой внутренний потенциал [3, С. 95].

Одной из самых значимых областей применения арт-терапии является психическое здоровье. В условиях современной жизни, где уровень стресса и тревожности значительно возрос, арт-терапия предоставляет возможность людям справляться с эмоциональными проблемами. Она используется для лечения различных состояний, таких как депрессия, тревожные расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и многие другие.

Арт-терапевты применяют различные методы, включая рисование, живопись, лепку и музыкальное творчество, чтобы помочь пациентам визуализировать свои чувства и переживания. Создание произведений искусства позволяет пациентам выразить то, что трудно сформулировать словами, что особенно важно для тех, кто испытывает трудности в коммуникации. Например, исследования показывают, что арт-терапия может снизить уровень тревожности и депрессии у пациентов, позволяя им лучше понимать и обрабатывать свои эмоции. В традиционной системе образования есть место таким предметам как изобразительное искусство и труд, где ребёнок приобретает определённые навыки рисования и моделирования. В отличие от арт-терапии, на уроках дети получают оценки за свои произведения в цифрином эквиваленте в то время, как на занятиях арт-терапией они не получают оценок «хорошо» или «плохо» нарисовано, вылеплено, вырезано. Они имеют право высказываться о ходе своей работы, об эмоциях, мыслях, которые их посещают в ходе работы [4, С.90].

Арт-терапия также нашла применение в реабилитации пациентов после физических травм и операций. Творческий процесс может способствовать восстановлению моторики и координации, а также помочь пациентам справиться с эмоциональными трудностями, связанными с потерей физических функций.



Например, рисование и лепка могут использоваться для улучшения мелкой моторики, что является важным аспектом реабилитации.

В этом контексте арт-терапия становится не только средством самовыражения, но и важным компонентом физической реабилитации. Исследования показывают, что участие в арт-терапии может ускорить процесс восстановления, улучшая общее психоэмоциональное состояние пациентов и способствуя их мотивации.

Прежде всего, рисование и изображение связано с радостью, именно по этой причине Г. Шоттенлоэр рекомендует использовать метод арт-терапии при работе с детьми, имеющими душевные раны, неразрешенные внутренние конфликты, высоко тревожными детьми. Она полагает, что радость повышает уверенность, формирует позитивное отношение к жизни, а это именно те качество в развитии которых особо нуждается тревожный ребенок, страдающий большим количеством страхов. Изображение заставляет концентрироваться на своих переживаниях, осознавать их. При рисовании, возможно, переосмысление событий, формирования своеобразной независимости, которая все больше будет развиваться с возрастом ребенка [5, С. 56].

В XXI веке арт-терапия также активно используется в паллиативной помощи, где основное внимание уделяется улучшению качества жизни пациентов с неизлечимыми заболеваниями. В условиях, когда традиционные методы лечения уже неэффективны, арт-терапия предоставляет возможность пациентам и их семьям справляться с горем, страхами и тревогами, связанными с уходом из жизни.

Арт-терапевты работают с пациентами, используя различные художественные техники, чтобы помочь им выразить свои эмоции и создать положительные воспоминания. Например, создание семейных портретов или



роспись стен в палате может стать важным способом оставить наследие и создать атмосферу тепла и любви.

Арт-терапия особенно эффективна в работе с детьми, которые часто не могут выразить свои чувства словами. В детской медицине арт-терапия используется для лечения различных состояний, таких как аутизм, ADHD, травмы и эмоциональные расстройства. Творческие методы помогают детям выразить свои переживания и страхи, а также развить социальные навыки и уверенность в себе.

Программы арт-терапии в детских больницах и клиниках помогают детям справляться с болезнью и медицинскими процедурами, создавая более позитивный опыт. Арт-терапия обеспечивает удерживание, благодаря чему ребенок и родитель могут безопасно взаимодействовать друг с другом и получать при этом удовлетворение, располагаясь рядом на детских стульчиках. Предлагая изобразительные материалы, соответствующие возрасту ребенка, и используя не директивные варианты работы, арт-терапевт побуждает родителя следовать за ребенком, воздерживаться от поучений и вмешательства в его игру. Создание изобразительной продукции дополняется установлением отношений, взаимодействием и наблюдением. При этом используются адекватные возрасту ребенка терапевтические вмешательства.

Данная модель работы позволяет арт-терапевту оценить диадические отношения, особенности эмоциональной экспрессии родителя и уровень развития ребенка. Этот метод позволяет людям использовать творческие процессы для исследования своих эмоций, осознания внутренних конфликтов и поиска путей их разрешения [6, С. 90]. Особенно актуальна арт-терапия для детей, которые зачастую сталкиваются с трудностями в выражении своих чувств и переживаний словами. В этом контексте возникает необходимость в



теоретическом анализе и систематизации знаний об арт-терапии, а также в исследовании ее эффективности и применения.

Эффективность арт-терапии подтверждается рядом исследований, показывающих, что творческая деятельность способствует снижению уровня стресса, улучшению эмоционального состояния и повышению уровня самооценки. Кроме того, арт-терапия может быть назначена в различных контекстах: в клиниках, реабилитационных центрах, образовательных учреждениях и даже в домашних условиях. Основные цели арт-терапии включают: помощь в осознании и выражении эмоций, снижение уровня тревожности и стресса, улучшение межличностных отношений, развитие навыков саморегуляции и адаптации.

Арт-терапия имеет свои особенности для различных групп населения, включая мужчин, женщин и детей. Традиционно мужчины менее склонны выражать свои эмоции, что может привести к внутренним конфликтам и психологическим проблемам. Арт-терапия предоставляет альтернативный способ для мужчин исследовать свои чувства и переживания через творчество, что может быть менее угнетающим, чем вербальная терапия. Женщины, как правило, более открыты к выражению своих эмоций и могут использовать арт-терапию для работы с такими проблемами, как депрессия, тревожность или травмы. Этот метод также может помочь в решении вопросов, связанных с самооценкой и идентичностью [7, С. 49]. Дети часто не могут вербализировать свои чувства из-за недостатка словарного запаса или эмоционального интеллекта. Арт-терапия позволяет получить доступ к переживаниям аутичных детей и корректно помочь им. Такие дети погружены в себя. Любое вмешательство в их мир может вызвать сильную тревогу, а зачастую и агрессивные реакции. Исключением является коммуникация на символическом уровне посредством визуальных образов.



Заключение

Арт-терапия – это один из наиболее эффективных способов работы с клиентами любого возраста и с любыми нарушениями, при этом для личности – это способ самораскрытия, самовыражения, развития и гармонизации личности. Этот метод позволяет людям использовать творческие процессы для исследования своих эмоций, осознания внутренних конфликтов и поиска путей их разрешения. Арт-терапия в XXI веке продолжает развиваться и становится важной частью медицинской практики. Ее применение в области психического здоровья, реабилитации, паллиативной помощи и детской медицине свидетельствует о ее универсальности и эффективности.

Творческий процесс предоставляет пациентам возможность не только выразить свои чувства, но и найти новые пути к исцелению и самопознанию. Арт-терапия продолжает эволюционировать, находя новые применения и способы интеграции в различные области медицины и психологии, и на сегодняшний день она занимает важное место в системе здравоохранения, подчеркивая ценность творчества как средства для исцеления и самовыражения. С учетом текущих тенденций, можно предположить, что арт-терапия будет продолжать развиваться и интегрироваться в новые сферы, такие как цифровая терапия, где технологии могут быть использованы для создания новаторских форм художественного выражения. Это может включать использование виртуальной реальности и интерактивных приложений, которые будут расширять доступность и возможности арт-терапии для различных групп населения.

В будущем арт-терапия может стать неотъемлемой частью комплексного подхода к психическому здоровью, способствуя более глубокому пониманию человеческих эмоций и обеспечивая эффективные методы их обработки и разрешения.



Источники и литература / Sources and referens:

1. Копытин, А. И. Арт-терапевтический процесс и его системное описание / А.И. Копытин // Теория и практика арт-терапии. СПб.: Питер, 2012. 368 с.
2. Короткова, Л.Д. Арт-терапия для дошкольников и младшего школьного возраста / Л.Д. Короткова // Арт-терапия как средство развития личности. СПб.: Речь, 2006. 187 с.
3. Лебедева Л.Д. Особенности Арт-терапии / Практика Арт-терапия: подходы, диагностика, система занятий. СПб.: Речь, 2003. 256 с.
4. Осипова А. А. Общая психокоррекция. Учебн. пос. для студ. Вузов / А.А. Осипова. М.: Сфера, 2002. 510 с.
5. Пурнис Н.Е. Возможности Арт-терапии / Н.Е. Пурнис // Арт-терапия в развитии персонала. СПб.: Речь, 2008. 176 с.
6. Головки О.В. Отношение к арт-терапии обучающихся в кемеровском государственном медицинском университете // О.В. Головки, Е.В. Салтанова., З.В. Боровикова, О.В. Шмакова, К.А. Захаренкова / Практика исцеления творчеством: современная арт-терапия в образовании, медицине и социальной сфере. сборник материалов Международной научно - практической конференции. 2022. С. 92-97.
7. Шоттенлоэр, Г. Изображение как сообщение / Г. Шоттенлоэр // Рисунок и образ в гештальт-терапии. СПб.: изд. Пирожкова, 2010. 256 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДИКТОРОВ ШКОЛЬНОГО БУЛЛИНГА

Стадник П. А.

Факультет социальной педагогики и психологии

*Учреждение образования «Витебский государственный университет
имени П. М. Машерова», Республика Беларусь, г. Минск*

Научный руководитель- Богомаз С. Л.



Аннотация. На сегодняшний день проблема буллинга в подростковой среде остра, существует достаточно большое количество видов травли. В статье рассмотрены теоретические основы изучения предикторов школьного буллинга. Показан обзор современных представлений о буллинге как о социально-психологическом явлении. Путем эмпирического исследования проведен анализ факторов, способствующих формированию данного феномена в школьной среде.

Ключевые слова: буллинг, подростки, образовательная среда, предикторы, травля, насилие.

STUDY OF PREDICTORS OF SCHOOL BULLYING

Stadnik P. A.

*Faculty of Social Pedagogy and Psychology
Vitebsk State University named after P. M. Masherov,
Republic of Belarus, Minsk
Scientific Supervisor - Bogomaz S. L.*

Abstract. Today the problem of bullying in adolescence is acute; there are quite a large number of types of bullying. The article considers the theoretical basis for the study of predictors of school bullying. The article shows an overview of modern ideas about bullying as a socio-psychological phenomenon. By means of empirical research the factors contributing to the formation of this phenomenon in the school environment were analysed.

Keywords: bullying, adolescents, educational environment, predictors, bullying, violence

Введение

Согласно статистическим данным ЮНИСЕФ [10] до 10 % подростков регулярно (раз в неделю и чаще) и 60,1 % эпизодически (время от времени)



подвергаются тем или иным формам жестокого обращения со стороны одноклассников.

По словам ряда исследователей (Д. В. Молчанова, М. А. Новикова) «жертвам буллинга сложно решать свои проблемы, они часто находятся в подавленном настроении. Из-за плохо сформированных поведенческих навыков жертвы часто сами неосознанно ограничивают себя в социальных взаимодействиях со сверстниками. Достаточно часто жертвы буллинга молчат о случившемся, но распознать жертву можно по ее поведению. Подросток-жертва становится замкнутым, утрачивает к себе уважение, на теле появляются синяки, ссадины, прогулы в учебном заведении, в крайних случаях возможны попытки суицида [8, с. 8].

Как отмечено в труде Н. А. Гришаевой «насилие сильно влияет на дальнейшую жизнь подростков, так как, пережив буллинг, они получают глубокие психологические травмы, которые оставляют отпечаток на социальном и эмоциональном развитии. В этом возрасте усваивается определенная модель поведения. То есть, если подросток усвоит поведение «жертвы», то он будет следовать ему всю свою жизнь [6, с. 44].

Проблема издевательств в школах, в отечественной науке, долгое время относились к категории проблем принятых замалчивать [1, с. 99]. Однако последнее время растет интерес к проблеме буллинга в отечественной психологии и приобретает все более устойчивый характер. К отечественным исследователям, занимающимся этим вопросом, относятся: А. А. Баранов, А. И. Аверьянов, А. А. Бочаров, К. Д. Хломов, М. Л. Бутовская, Е. Л. Луценко, К. Е. Ткач и др.

Буллинг – это форма конфликтного взаимодействия, которая часто наблюдается среди подростков в школьной среде. Это длительное насилие, как физическое, так и психическое, которое осуществляется одним или несколькими



индивидами в отношении другого человека, который не может защитить себя от этой агрессии [9].

И. И. Бердышев выделяют три основных подхода к изучению буллинга:

- первый подход – диспозициональный, сосредотачивается на внутренних особенностях участников буллинга, таких как индивидуальные предпосылки и характеристики, которые приводят к тому, что человек становится жертвой или агрессором;

- второй подход – темпоральный, исследует неравномерность реализации рисков на протяжении жизни человека и высвечивает периоды повышенной уязвимости, связанные с жизненными событиями, которые могут повысить риск освоения роли агрессора или жертвы;

- третий подход – контекстуальный, уделяет внимание роли среды, микроклимата группы и системным процессам в сообществе. Он подчеркивает, что буллинг основывается на неравенстве власти и контекст актуализирует внутренние предпосылки, перенося буллинг из категории рисков в реальность [3].

Исходя из того, что исследователи (Д. В. Молчанова, М. А. Новикова, А. А. Баранов, А. А. Бочаров, И. И. Бердышев) вкладывают в понятие буллинга различные виды насилия, можно выделить такие формы буллинга, как:

Физический буллинг – это форма негативного поведения, основанного на физическом насилии или угрозе физического насилия. Он включает в себя намеренные действия, направленные на причинение физической боли, травм, унижений или страха жертве. Он особенно опасен, так как физическое насилие может быть непредсказуемым и причинять непоправимый вред. Школы и другие образовательные учреждения должны разрабатывать программы и тренинги, чтобы помочь детям и подросткам осознать негативные последствия физической



агрессии и научить их строить здоровые отношения, основанные на уважении и толерантности [4].

Вербальный буллинг представляет собой форму психологического насилия, которая осуществляется через устную коммуникацию. Этот вид буллинга проявляется в форме оскорблений, угроз, пренебрежительных реплик, насмешек, ругательств и других неприемлемых высказываний [7].

Психологический (эмоциональный) буллинг – это форма насилия, при которой один или несколько человек систематически и намеренно наносят эмоциональный вред другому человеку. Это может включать унижение, оскорбления, насмешки, запугивание, изоляцию, распространение сплетен и слухов [7]. Часто жертвы психологического буллинга страдают от длительных последствий даже после прекращения насилия.

Превентивные меры включают в себя обучение школьников и различных сообществах осознанию проблемы, поощрение эмпатии и уважительного общения. Важно создать безопасные и дружественные среды, где жертвы буллинга могут получать поддержку и помощь, а также наказывать и корректировать поведение буллеров.

Кибербуллинг – это форма жестокого поведения, которая происходит в виртуальной среде. Она включает в себя намеренное использование электронных коммуникационных средств, таких как социальные сети, текстовые сообщения, чаты или электронная почта, для угроз, оскорблений, шантажа, осквернения репутации или других форм унижения и издевательств над другими людьми [2].

В целом, все перечисленные выше виды и формы буллинга имеют серьезные последствия для жертвы. Они могут вызывать самоуничижение, психологические проблемы, социальное и учебное отставание, а иногда даже приводить к самоубийствам. Поэтому очень важно бороться с буллингом, предлагая жертвам поддержку и ресурсы для помощи, а также осознавать



проблему и призывать к нераспространению насилия в обществе. Именно поэтому нами и было проведено следующее исследование [2].

Материал и методы

Исследование проходило на базе ГУО «Базовая школа № 11» г. Полоцка. Выборку составили 33 учащихся 8 класса-16 человек, 9 класса-17 человек. В ходе изучения применялись: анализ психологической и методической литературы по проблеме исследования, синтез, классификация, формулировка выводов; эмпирические методики: опрос (Опросник выявления буллинг-структуры А. В. Норкиной, опросник риска буллинга А. А. Бочавер), анкетирование (Анкета «Ситуация буллинга в школе» (В. Р. Петросянц)), сравнение, качественный анализ; методы математической статистики: коэффициент ранговой корреляции Ч. Спирмена.

Выбор данных методик для определения предикторов школьного буллинга обусловлен следующими факторами: они подходят для работы с лицами в возрасте от 13 до 22 лет; методики входят в состав комплекса для диагностики буллинга, соответственно, прошли многочисленную апробацию. Валидность и надежность методик диагностики достоверно подтверждена.

Результаты и их обсуждение

Первой методикой, которую мы применили – стала методика «Опросник выявления буллинг-структуры» по А. В. Норкиной. Далее представим полученные результаты исследования по избранной методике (см. табл. 2.1).

Результаты исследования по первой методике показали, что в настоящий момент действует 2 инициатора (обидчика) и 6 помощников. Жертвами себя считают 6 подростков. Ситуация осложняется тем, что защитников крайне мало – к ним себя отнес только один подросток, он уже предпринимал меры по урегулированию конфликта (сообщал о нем классному руководителю). И по итогам работы классный руководитель направил социальный запрос педагогу-



психологу. Свидетелей школьной травли – большинство, и они не принимают прямых или косвенных мер, которые способствовали бы урегулированию сложившейся конфликтной ситуации, переросшей в буллинг. Психологическая «слабость» свидетелей – это в некотором роде упущение в процессе воспитания со стороны учреждения образования, родителей, классного руководителя. Все перечисленные не смогли сформировать представление у ребят о должном поведении в ситуации конфликта и ситуации школьной травли.

Таблица 2.1 – Результаты исследования буллинг-структуры

Буллинг-структура (участник буллинга)	Кол-во чел	%
Инициатор	2	6
Помощник инициатора	6	18
Защитник	1	3
Жертва	6	18
Свидетели	18	55

Второй методикой, которую мы использовали: стала методика Опросник В. Петросянц «Ситуация буллинга в школе». Методика схожа с первой методикой, однако не позволяет выделить свидетелей. Методика В. А. Петросянц ценна тем, что она может показать, что подросток подвергается травли, или подвергался ей когда-то. Далее представим полученные результаты исследования по избранной методике (см. табл. 2.2).

Таблица 2.2 – Результаты исследования ситуации буллинга в школе

Ситуация буллинга в школе (участник буллинга)	Кол-во чел	%
Буллер (инициатор / обидчик)	11	33
Жертва	22	66



Большинство опрошенных подростков хотя бы в единичных случаях, но становились жертвами буллеров: 22 человека (66 %) признали, что подвергались или подвергаются нападкам со стороны обидчиков.

Результаты по Опроснику риска буллинга А. А. Бочавер представлены в таблице 2.3.

Таблица 2.3 – Результаты исследования предикторов и антипредикторов буллинга

Шкалы	Уровень					
	Высокий		Средний		Низкий	
	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%	Кол-во чел	%
Шкала небезопасности	6	18	8	24	19	58
Шкала благополучия	10	30	16	49	7	21
Шкала разобщенности	6	18	9	27	18	55
Шкала равноправия	3	9	5	15	25	76

Из результатов следует:

- подростки не находятся в ситуации тревоги или повышенной дезадаптации (ситуации небезопасности). Однако была выявлена группа учащихся с повышенным уровнем субъективной тревоги с дезадаптивными формами противодействия стрессовым факторам.

- подростки оказывают поддержку друг другу, коммуницируют бесконфликтно. Также мы выявили часть подростков, указавших на высокий уровень разобщенности с отдельными членами группы. Можно предположить, что это 2 группы противоборствующих, или относящихся к жертвам и обидчикам. Между ними нет договоренности, и они находятся в состоянии конфликта.



- подростки ощущают умеренный тип благополучия. Он подразумевает, что в коллективе учащихся в равной степени выражено уважение и власть.

- в коллективах подростков не закреплены четкие социальные роли, не все подростки могут сосуществовать в бесконфликтной среде, отдельные подростки часто подвержены враждебным реакциям по отношению к другим.

Далее мы обратились к установлению взаимосвязи предикторов, антипредикторов буллинга и буллинг-структуры подростков. Для этого применив коэффициент ранговой корреляции Ч. Спирмена, мы проследили тесноту (силу) и направление корреляционной связи между предикторами, антипредикторами буллинга и буллинг-структурой подростков. Подростки-обидчики часто провоцируют ситуацию небезопасности внутри классного коллектива ($r=0,563$ при $p \leq 0,05$ – прямая умеренная связь).

Подростки-помощники обидчиков провоцируют разобщенность в классе ($r=0,299$ при $p \leq 0,05$ – прямая слабая связь с выраженной тенденцией к умеренной связи). Подростки-защитники стабилизируют небезопасную ситуацию внутри школьного коллектива ($r=-0,326$ при $p \leq 0,05$ – обратная умеренная связь).

Заключение

Ситуация буллинга - значимая проблема всего психологического и педагогического сообщества и общества в целом. Именно поэтому необходимо знать факторы, которые могут свидетельствовать о зачатках формирования буллинга в ученическом коллективе. В ходе исследования было выявлено, что на сегодняшний день практически каждый учащийся напрямую или косвенно сталкивался с феноменом буллинга. В связи с этим необходимо уделять особое внимание данной проблематике, разрабатывать профилактические программы, внедрять превентивные меры борьбы с данным феноменом и активно использовать в каждом учреждении образования.



Источники и литература / Sources and referens:

1. Аверьянов, А. И. Буллинг как вызов современной школе / А. И. Аверьянов. М.: Юрайт, 2019. 261 с.
2. Баранов, А. А. Кибербуллинг – новая форма угрозы безопасности личности / А. А. Баранов // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. 2015. № 11. С. 62–66.
3. Бердышев, И. И. Лекарство против ненависти / И. И. Бердышев // Психология и школа. 2017. № 18. С. 3–6.
4. Бутовская, М. Л. Буллинг как социокультурный феномен и его связь с чертами личности у младших школьников / М. Л. Бутовская, Е. Л. Луценко, К. Е. Ткачук // Этнографическое обозрение. 2012. № 5. С. 139–150.
5. Волкова, Е. Н. Подростковый буллинг: результаты теоретических и эмпирических исследований: монография / Е. Н. Волкова, И. В. Волкова, Л. В. Скитневская. Н. Новгород: Мининский ун-т, 2017. 94 с.
6. Гришаева, Н. А. Буллинг в школе // Психологические науки. 2020. № 2. С. 44–46.
7. Кон, И. С. Что такое буллинг и как с ним бороться // Семья и школа. 2016. № 11. С. 15–18.
8. Молчанова, Д. В. Противодействие школьному буллингу: анализ международного опыта / Д. В. Молчанова, М. А. Новикова. М.: НИУ ВШЭ, 2020. 72 с.
9. Стадник П.А. Проблемы буллинга в психологических исследованиях: теоретический аспект / П. А. Стадник; науч. рук. Циркунова Н. И. // Психологическая студия: сборник статей лицеистов, студентов, магистрантов, аспирантов, молодых исследователей кафедры психологии ВГУ имени П.М. Машерова / Витеб. гос. ун-т.; редкол.: С.Л. Богомаз (гл. ред.) [и др.]. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2024. Вып. 17. С. 199-202.



10. ЮНИСЕФ: Статистика // UNICEF Statistics 2020–2024. [Electronic resource] – Access mode: <https://www.unicef.by> Access date: 03.01.2024.

ДИНАМИКА ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЖЕНЩИНЕ В РАМКАХ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПСИХОЛОГИИ

СЫМОНИК Н. В., ГОЛОВНЯ С. В.

Кафедра психологии

УО «Брестский государственный университет имени А. С. Пушкина»,

Республика Беларусь, г. Брест

Научный руководитель – Головня С. В.

Аннотация. В статье отражено содержание представлений о женщине в психоанализе. Проанализированы теории следующих авторов: Симона де Бовуар, Суламифь Файерстоун, Бэтти Фридан. Рассмотрена критика идей Фрейда относительно женщин в целом, концепции «второго пола»; представлены проблемы женской истерии и ее несостоятельности, субъективности, нарциссического «Я».

Ключевые слова: психоанализ, теория, женская субъективность, нарциссическое «Я».

DYNAMICS OF IDEAS ABOUT WOMEN IN THE FRAMEWORK OF THE PSYCHOANALYTIC APPROACH OF PSYCHOLOGY

Symonik N. V., Golovnya S. V.

Department of Psychology Educational institution

Brest State University named after A. S. Pushkin,

Republic of Belarus, Brest

Scientific supervisor - Golovnya S. V.

Abstract. The article reflects the content of ideas about women in psychoanalysis. The theories of the following authors are analyzed: Simone de



Beauvoir, Sulamith Firestone, Betty Friedan. The criticism of Freud's ideas regarding women in general, the concept of the «second sex» is considered; the problems of female hysteria and its failure, subjectivity, narcissistic «I» are presented.

Keywords: psychoanalysis, theory, female subjectivity, narcissistic «I».

Современный этап характеризуется пристальным вниманием к представительницам женского пола в связи с рядом историко-культурных причин (маргинализация женщин в обществе, закрепление и расширение идей гендерного неравенства, вытекающее из этого систематическое культурное угнетение женщин); ограничение доступа к образованию, ряду профессий и другим областям общественной жизни; затруднение / невозможность получения квалифицированной помощи ввиду предрассудков, дефицитарного количества исследований женской психологии, физиологии и гендерной социализации. Данный комплекс факторов привносит свою лепту в формирование новых и развитие уже существующих стереотипов о женщинах.

Психология и ее основные течения не исключение. Речь идет о важнейшем и в свое время достаточно популярном направлении – психоанализе.

В одной из известных работ «Второй пол» французская писательница Симона де Бовуар отмечает, что «Женщина не определяется природой – женщина определяет себя сама, принимая для себя природу эмоционально». Данное высказывание иллюстрирует следующую позицию автора: для того, чтобы быть женщиной, нужно в первую очередь себя идентифицировать как таковую. Однако в психологии, а именно в психоаналитическом направлении, исторически сложилась тенденция к определению женщины благодаря наличию у нее как половых признаков, так и связанным с данными признаками перечнем характеристик, которые влияют не только на жизнь самой женщины, но и жизнь окружающих ее людей [1].



В вышеупомянутой работе Симона также подчеркивает, что в патриархальном строе женщина типично воспринимается как «Другой», т. е. отличный от мужчин. «Другой» трактовался по несоответствию принятых мерок в существующем укладе общества. В критике психоаналитического подхода со стороны феминистического сообщества прослеживается данный факт; на основе него, соответственно, появляется возможность дискриминировать женщину, признавалось доминирование важности мужских половых и психических процессов над женскими.

Одним из ярких примеров для демонстрации этого факта является то, что каждая девочка, когда обнаруживает у себя отсутствие пениса, реагирует на подобное событие весьма остро, проявляет желание непременно иметь его и зависть по отношению к тем, у кого он есть. Также, по утверждению Зигмунда Фрейда, в норме данное желание перерастает в потребность иметь ребенка, являя собой компенсацию врожденного телесного недостатка.

В частности, Фрейд высказывает мысль о том, что желание иметь ребенка мужского пола является очень интенсивным, поскольку в каком-то смысле оно воплощает необходимость обладать пенисом. «Только отношение к сыну приносит матери неограниченное удовлетворение... Мать может перенести на сына все то честолюбие, которое ей приходилось в себе подавлять, и от него она ждет удовлетворения всего того, что осталось от ее комплекса мужественности». В итоге указывается, что сформировавшиеся ранее невротические расстройства благоприятно «угасают», а объясняется это символическим обладанием пенисом [1].

Бовуар также отмечает, что «Фрейд не слишком интересовался делом женщины; его описание он явно скопировал с описания мужского «образа», изменив лишь некоторые черты» [2]. То есть, если проанализировать концепцию Симоны, то можно прийти к выводу о нецелесообразности использования



такового подхода применительно к женщинам, так как автор руководствовалась при изложении своих идей сугубо опытом мужской гендерной социализации и вполне могла выстроить свою теорию на базе собственных догадок, домыслов, субъективных и умозрительных гипотез.

Теория же психосексуального развития человека является весьма распространенной и авторитетной, можно сказать, базовой среди представителей психоаналитического направления. Данный концепт основан на наблюдениях Фрейда за пациентами и анализе их сновидений и фантазий. Его клиентами являлись субъекты различных возрастных групп (как дети, так и взрослые), однако способы с помощью которых была разработана теория являются субъективными и всецело зависят от интерпретации автора. Иными словами, она отражает скорее «проективный образ» самого ученого, нежели выступает аспектом либо критическим компонентом объективных реалий.

Суламифь Файерстоун в работе «Диалектика пола: Условие для феминистской революции», отметила факт подавления женщины в культуре и его идеологическое обоснование со стороны общества, а также в рамках фрейдовской концепции анатомической обусловленности. Автор заключает, что «вторичная позиция» женщины в культуре может объясняться фрейдовской теорией о психосексуальной структуре женского и мужского, где первая существенно отличается тем, что выступает в роли «неполноценной» копии второй, характеризуясь исключительно нарциссизмом, пассивностью, мазохизмом. Файерстоун неоднократно задается вопросом: «Почему структура женского такова, по какой причине в социуме закреплено подобное отношение к феномену «женского»? Не является ли фактором актуального положения дел социальный, а не психосексуальный порядок реальности, который является производным от социального, а не наоборот, как полагал Фрейд?» То есть, тем самым предоставляет доказательства того, что женские черты и показатели в



каждой культуре детерминированы социальными факторами, а не биологическими, потому что данная структура трансформируется одновременно с общественными представлениями [3].

Автор книги «Загадка женственности» Бэтти Фридан выдвигает концепцию, согласно которой проблема женской вторичности и дефектности не заключена в биологическом «начале» самих женщин, а непосредственно в структуре патриархальной семьи. Фридан связывает существующее в данной сфере «управление» над женским телом, главным образом производящее к репродуктивной функции организма, с контролем над психикой, тем самым, отмечая, ранее игнорируемую часть проблемы [2].

Иллюстрацией женской субъективности в психоанализе является «изобретение истерии», которое наиболее ярко выражено через так называемый «случай Доры». Истерия всегда проявлялась в воплощении структуры «друговости», «инаковости», одновременно с этим представляла собой маргинальную сторону жизни, посредством угнетения которой выстраивались мораль и норма на протяжении веков. Именно с помощью данного понятия и выражалась женская субъективность у Фрейда. Психоаналитики интерпретировали истеричность как «женскую сущность», которая находила отражение в состояниях, многократно заменяющих друг друга, порой непредсказуемо для мужчин, тем самым предлагая рассмотреть тот промежуток, являющийся своеобразным «разделением» на женскую и мужскую субъективность [4].

В предисловии к книге «Случай Доры: Фрейд–Истерия–Феминизм» Чарльз Бернхеймер констатирует тот факт, что история женской истерии, которая определялась преимущественно показателями сексуальности, рассматривалась как серия попыток осмыслить женскую субъективность. В эпоху Античности различные формы неадекватного, истеричного поведения



женщины за отсутствием явных и видимых для мужчин причин, объяснялись наличием сексуальных проблем. Гиппократ в качестве основного «лекарства» предлагал замужество и беременность. В Средние века истеричность выступала продуктом сексуальной связи с дьяволом. Только в XIX веке феномен истерии начинает рассматриваться не в связи с физиологическим и анатомическим строением, а в связи с психическим началом.

Доктор Пинель заявил, что истерия не может быть объяснена лишь органическими причинами, скорее всего она обусловлена «моральными». Однако, истерия здесь также морально порицаема. Пинель же предлагает метод лечения истерии, суть которого заключается в регулярных беседах наставляющего характера; их задача – приведение больной женщины к нормам буржуазной морали. Начиная с 1880 года Шарко подробно изучал истерию; результатом его работы считается разработка систематической классификации женских истерических симптомов: 4 стадии ее проявления, 20 «истеризированных» зон женского тела, 3 категории «истерических стигматов». Данная модель женщины является воплощением отношения ко всем женщинам среди многочисленных практик. Встреча врача и «больной женщины» всегда является насильственным действием, которое включает рассмотрение и последующее проникновение со стороны врача в женскую психику [3].

В дальнейшем разработка концепта истерии осуществляется с помощью объяснения феномена, а не гипноз, который активно использовал как метод лечения женщин непосредственно учитель З. Фрейда – Йозеф Брейер. Началась данная «разработка» с «истории Анны О.», которая подверглась лечению Брейера в 1880–1882 гг. Впоследствии она стала первой социальной работницей на территории Германии и активным координатором феминистического движения. Первоначально лечение производилось благодаря гипнозу –



пациентка рассказывала свои переживания, которые были связаны с ухаживаниями за больным отцом. Далее Анна О. начала выполнять «самодраматизацию» собственного тела – т. е. переводила физические проявления болезни в объяснительную форму интерпретации. Данный объяснительный метод, как можно заметить, был предложен самой пациенткой, что сигнализирует о активной роли женщины непосредственно в процедуре психиатрического сеанса [5].

Причина, по которой Брейер прекратил лечение – создание контрпереноса и эротического напряжения, которые возникли при совместном воссоздании прошлого пациентки, вследствие чего возникла ситуация взаимного соблазнения. Таким образом, даже являясь пациенткой, женщина рассматривается как объект, несмотря на обстоятельства возникновения контакта.

«История Доры» – уже пациентки Фрейда является одной из наиболее известных работ в данной области, где женская субъективность всецело приравнивается к структуре истерических симптомов. В этом труде отражено не только подробное описание возникновения женской истерии, но и профессиональная неудача врача-мужчины, в частности, тотальная неспособность постичь и объяснить ее. З. Фрейд столкнулся с проблемами интерпретации истории по причине отказа Доры от дальнейшей процедуры лечения [4].

Таким образом, в конечном итоге сам Фрейд остался неудовлетворенным характеристикой женской субъективности. Интересно, что чуть позже он признал центральным ее качеством – бисексуальность. По мнению Чарльза Бернхеймера, данная история является результатом переноса, в котором мужчина явно представляет женское желание сквозь призму собственного, тем самым подменяя первое вторым.



Следует подчеркнуть, что в рамках классического психоанализа исторически сложилась структура женской субъективности, которая напрямую коррелирует с нарциссизмом.

В своих работах Фрейд разделял «Я» на реалистичное, которое обладает естественными параметрами, и на нарциссическое, которое является продуктом «небиологического». Структуру женской субъективности ведущий психоаналитик связывал с нарциссической интерпретацией «Я», под которой в буквальном смысле понимал либидинальный объект самого себя, т. е. объект и субъект, одновременно. Также З. Фрейд пытался доказать парадокс самодостаточности женской субъективности – с одной стороны, нарциссическое «Я» автономно, с другой стороны, зависимо от отношений с другими людьми. Нарциссическое «Я» является фундаментом либидо; все отношения «Я» основываются на чувстве удовольствия, а не на реальных принципах. Эта трактовка позволяет заключить, что оно не является целостностью внутри человека, так как контур и форма непостоянны: зависят от форм либидинальных инвестиций, влюбленности, болезни, печали, меланхолии, исходящие непосредственно от «Я» и регрессирующие, а также непрерывно варьирующиеся и модифицирующиеся под влиянием отношений с другими [6].

Данный диссонанс в личности порождает стремление женщины соответствовать неким принятым в обществе «стандартам феминности». Проявляется, как правило, в форме любви к себе (чаще всего какой-то определенной «идеальной» части своего тела) и к мужчине, который может любить женщину, дабы компенсировать ее неспособность к всецелой самолюбви. Т. е. Фрейд постулировал, что женщина неспособна любить себя сама должным образом, поэтому ей необходимо иметь другого субъекта, который сможет восполнить этот дефицит; основная проблема в данной интерпретации заключена в том, что женщина любит другого (то, чем она «хотела бы быть»). В результате



Фрейд приходит к выводу о том, что структура нарциссического «Я» организована вокруг телесных превращений, определяется через воображаемые и эротические отношения женщины к себе и актуализирует запрет на идентификацию по отношению к самой себе. Соответственно, «Я» формируется под действием отчуждения, идентификации женщины с желанием окружающих, что и порождает возникновение феномена истерии [7].

В заключение следует отметить, что заслуга психоанализа заключается в том, что впервые «женской проблеме» уделяется столь пристальное внимание, на первый взгляд. Однако, если присмотреться поближе к данному направлению, то можно понять, что оно не имеет ничего общего с реальным положением вещей, так как за отсутствием опыта и интерпретационного аппарата врачи-мужчины допускали ряд различных ошибок и умозрительных догм. А в итоге получали некоторый образ, который соответствовал скорее их мировоззрению и миропониманию, что не могло совпадать с реальной и конструктивно-критичной оценкой заявленной проблематики.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Бовуар, С. Второй пол том 1 : факты и мифы / С. Бовуар, пер. с фр. А. Сабашникова. СПб. : «Азбука-Аттикус», 2021. 445 с.
2. Введение в гендерные исследования. Ч. I : Учебное пособие / под ред. И. А. Жеребкиной. СПб. : Алетейя, 2001. 708 с.
3. Жеребкина, И. А. «Прочти мое желание...». Постмодернизм. Психоанализ. Феминизм / И. А. Жеребкина. М.: Идея-Пресс, 2000. 256 с.
4. З. Фрейд – знаменитые случаи из практики. Дора – анализ истерии [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://golenevalada.ru/blog/z-freyd-znamenitye-sluchai-iz-praktiki-dora-analiz-isterii>. – Дата доступа: 28.10.2024.
5. Случай Анны О. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://studfile.net/preview/7247037/page:19>. – Дата доступа: 01.11.2024.



6. Фрейд, З. Введение в психоанализ / З.Фрейд. СПб.: Питер, 2007. 540с.
7. Хорни, К. Новые пути в психоанализе / К. Хорни, пер. с англ. А. Боковикова. М.: Академический Проект, 2007. 239 с.

ВЗАИМОСВЯЗЬ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ

Толкач А. С.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – Яковлев А. С.

Аннотация. В профессиональной деятельности врачей-психиатров и неврологов особое значение уделяется диагностике заболеваний, имеющих как психические, так и неврологические проявления. В данной статье рассмотрены наглядные примеры подобных случаев, как доказательство необходимости совместной работы специалистов. Основное внимание уделено состояниям, наиболее часто встречающимся в неврологии и психиатрии.

Ключевые слова: Психиатрия, неврология, нейродегенеративные заболевания, эпилепсия, шизофрения, интегративный подход.

INTERRELATION AND COLLABORATION OF PSYCHIATRY AND NEUROLOGY

Tolkach A.S.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Yakovlev A. S.



Abstract. In the professional activities of psychiatrists and neurologists, special attention is paid to the diagnosis of diseases that have both mental and neurological manifestations. This article examines illustrative examples of such cases as evidence of the need for joint work of specialists. The main attention is paid to the conditions most often encountered in neurology and psychiatry.

Keywords: Psychiatry, neurology, neurodegenerative diseases, epilepsy, schizophrenia, integrative approach.

Введение

В практике врача бывают ситуации, когда пациент жалуется на заболевание, которое не может верно интерпретировать. Изначально он, как правило, обращается к неврологу. Этот специалист подбирает для больного курс лечения, результат от которого заметен лишь на определенном временном отрезке, после чего симптомы болезни вновь возвращаются, и все идет по кругу. Невролог зачастую поверхностно интересуется мыслями пациента, а психиатр недостаточно детально оценивает неврологический статус больного. Поэтому возникает проблема необходимости интегративного подхода в диагностике и лечении пациентов в связи с частым сочетанием психических и неврологических проявлений болезней.

Объекты и методы исследования

Анализ современной научной и научно-методической литературы.

Результаты и их обсуждение

В течение более половины прошлого века психиатрия и неврология были разделены импровизированной границей, созданной расхождением их подходов и методов диагностики и лечения. Научные труды последних десятилетий ясно дали понять, что это разделение случайно и непродуктивно [2, с. 695-704]. Психиатрические и неврологические исследования соприкасаются в



используемых ими методах, задаваемых вопросах и применяемых теоретических основах. Интересы психиатрии и неврологии сближаются в рамках нынешней нейронауки. Дальнейшее развитие понимания заболеваний мозга требует более углубленного взаимодействия и совмещения этих областей. Соприкосновение неврологии и психиатрии происходит как при рассмотрении заболеваний нервной системы, которые могут проявляться психическими расстройствами, так и при рассмотрении психических заболеваний, имеющих неврологические проявления. Среди заболеваний нервной системы можно выделить: эпилепсию, инсульты, нейродегенеративные заболевания.

К нейродегенеративным заболеваниям относятся болезнь Паркинсона, а также деменции, из которых наиболее часто встречаются болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция.

Ожидается, что распространенность деменции будет расти по мере старения нашего населения в течение следующих десятилетий. Наиболее частыми проявлениями деменции являются апатия, депрессия, тревога, дисфория, аффективная лабильность, эйфория, возбуждение, агрессия и психозы [1, с. 335-342]. Симптомы наиболее распространены на умеренных стадиях заболевания, часто усиливаются с прогрессированием заболевания, и, в основном, присутствует более одного симптома. Эти симптомы могут вызывать большой стресс у пациентов и их семей, а также наносить ущерб обществу [9, с. 437-454]. Наличие психических расстройств у таких больных ухудшает течение и прогноз заболевания.

И для болезни Альцгеймера, и для сосудистой деменции характерно наличие тревоги, примерно, в одной трети случаев. Тревогу, как правило, сопровождают дисфория и ангедония. Депрессия при болезни Альцгеймера может встречаться уже при развернутых стадиях, а при деменции с тельцами Леви она чаще отмечается в начале заболевания. Однако, зачастую депрессия



при деменции имеет негрубый характер. Депрессию у таких пациентов трудно дифференцировать от апатии. Есть мнение, что при апатии больные могут спонтанно жаловаться на пониженное настроение или ангедонию, а при депрессии у пациентов присутствуют суицидальные мысли или чувство вины [3, с. 125-136].

При возникновении психоза в пожилом и старческом возрасте деменция является основным способствующим фактором. Болезнь Альцгеймера является распространенной причиной психоза. Психоз также наблюдается у пациентов с сосудистой деменцией и деменцией с тельцами Леви. Психоз может быть первичным, вызванным психическим расстройством или вторичным. Примерно 60% случаев психоза являются вторичными. Необходимо получить тщательный анамнез и провести тщательное физическое обследование. Несколько факторов риска делают пожилых людей склонными к психозу: снижение когнитивных способностей, социальная изоляция, а также другие причины [12, с. 18-22].

Болезнь Паркинсона- еще одно нейродегенеративное заболевание, для которого характерны ригидность, акинезия и тремор покоя, но помимо этого в большинстве случаев присутствуют и психические симптомы, среди которых депрессия, апатия, когнитивные нарушения и психозы.

Депрессия при болезни Паркинсона часто встречается до возникновения неврологической симптоматики. Если депрессия возникла в начале заболевания, то велика вероятность появления и других психических нарушений, таких как панические атаки и тревожность. При апатии у больных происходит снижение инициативности и мотивации. При болезни Паркинсона встречается у каждого десятого пациента как самостоятельный симптом и в четверти случаев сочетается с депрессией [7, с. 163-176].

Когнитивные нарушения являются распространенным явлением при болезни Паркинсона, даже на ранних стадиях. Концепция легких когнитивных



нарушений при болезни Паркинсона была недавно формализована, и диагноз был поставлен после того, как нарушения в нейропсихологических задачах стали значительными по крайней мере в одной области. Мозговой профиль когнитивных дефицитов включает исполнительные функции (например, планирование, смена установок, поддержание установок, решение проблем), внимание и функцию памяти.

Факторами, связанными с деменцией при болезни Паркинсона, являются возраст начала, возраст на момент обследования, акинетико-ригидная форма болезни, депрессия, галлюцинации, расстройство поведения во время быстрого движения глаз во сне и тяжелые обонятельные дефициты. Ранние когнитивные нарушения, особенно в форме исполнительной дисфункции, указывают в основном на лобно-стриарные патологические изменения и могут возникать во время нигростриарной и последующей мезокортикальной денервации дофамина [11, с. 1142-1149].

Психозы — это очередное проявление болезни Паркинсона, при котором больных беспокоят в основном зрительные галлюцинации, как правило, в виде существ, взаимодействующих с пациентами, слуховые галлюцинации встречаются изредка. Характер галлюцинаций остается постоянным для конкретного больного в большинстве случаев.

У больных эпилепсией психопатологические признаки имеют место в 25-50% случаев заболеваний [5, с. 347]. Сопутствующие психические расстройства у пациентов с эпилепсией долгое время игнорировались. Пациенты с эпилепсией имеют значительно более высокую распространенность психиатрических коморбидных расстройств, включая депрессию, тревожность, психотические расстройства и расстройства с дефицитом внимания, по сравнению с общей популяцией или пациентами с другими хроническими заболеваниями. В настоящее время не существует системного подхода к оценке и лечению



психиатрических коморбидных заболеваний у этих пациентов. Кроме того, неврологи не обучены распознавать эти расстройства, и, следовательно, они остаются недолеченными. Несмотря на высокую распространенность психиатрических коморбидных заболеваний у пациентов, проходящих обследование на предмет хирургического лечения эпилепсии, большинство эпилептических центров не включают психиатрическую оценку в предоперационное обследование [6, с. 302-305].

Некоторые психиатрические заболевания имеют биологические патомеханизмы, и в результате они сопровождаются различной неврологической симптоматикой. Неврологическое обследование является простым методом оценки этих симптомов. Неврологические признаки бывают двух видов: жесткого типа или мягкого. Симптомы жесткого типа появляются в первую очередь при органических психиатрических заболеваниях или как побочные эффекты психиатрической терапии. Такие признаки могут встречаться и во время неврологических заболеваний у психиатрических больных. Их использование в диагностике и терапии широко распространено. Напротив, мягкие неврологические признаки довольно часто остаются необнаруженными, хотя они могут содержать существенную информацию. Мягкие неврологические признаки изучались в различных группах психиатрических расстройств. До сих пор основное внимание предоставлялось шизофрении. Есть предположение, что мягкие симптомы являются маркерами шизофрении. Кроме того, они также сигнализируют об активности болезни и предсказывают ее исход. Неврологические симптомы также являются важными указателями для психиатрии [8, с. 145-151].

Неврологические мягкие признаки включают в себя тонкие дефициты сенсорной интеграции, координации движений и последовательности сложных двигательных актов, которые обычно наблюдаются у большинства пациентов с



шизофренией, включая хронические случаи и пациентов с первым эпизодом, не принимавших нейрорепти. Однако недавние исследования ясно показывают, что мягкие признаки не являются статической особенностью шизофрении, а варьируются в зависимости от клинического течения расстройства [10, с. 185].

Если рассматривать детскую шизофрению, то можно заметить, что значительная часть детей до постановки диагноза, длительный период времени наблюдается у невролога. Как правило в заключениях неврологов имеются указания на невротические расстройства, задержку развития, либо синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Такие больные оказывались на приеме у психиатра в психотическом или субпсихотическом состоянии. Характерными состояниями для детей годами больных шизофренией были кататоническое возбуждение, аутизм или инстинктивно-рефлекторные нарушения [4, с. 14-20].

Заключение

Исходя из вышесказанных примеров, пересечение симптомов неврологических и психических заболеваний встречается довольно часто. Целью данной статьи было подчеркнуть и попытаться понять причины постоянного отсутствия коммуникации между неврологами и психиатрами, пробелы в обучении неврологов психиатрическим аспектам неврологических расстройств и наоборот.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Дамулин И.В., Романов Д.В., Нийноя И.В. Особенности психических нарушений при неврологических заболеваниях // Российский медицинский журнал. 2019. 25(5-6):335-342 DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2019-25-5-6-335-342>
2. Джозеф Б. Мартин. Интеграция неврологии, психиатрии и нейронауки в 21 веке // Am J Psychiatry. 2002. 159(5):695-704. DOI: [10.1176/appi.ajp.159.5.695](http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.695)



3. Вайнтрауб Д., Порстейнссон А.П. Психиатрические осложнения при деменции // В: Текущая клиническая неврология. Психиатрия для неврологов. Под ред. Д. В. Йесте, Дж. Х. Фридмана. Гл.11 Totowa: Humana Press. 2006. 125-136. DOI: 10.1007/978-1-59259-960-8_11
4. Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Горюнов А.В. Особенности неврологического статуса у детей с шизофренией и шизотипическим расстройством // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2015. 115(5-2): 14-20. DOI: 10.17116/jnevro20151155214-20
5. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения // Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022.
6. Мария Р. Лопес, Стивен С. Шехтер, Андрес М Каннер. Сопутствующие психиатрические заболевания остаются нераспознанными у пациентов с эпилепсией: «Вы видите то, что знаете» // Эпилепсия Поведение. 2019. 98(ч. В):302-305. DOI: 10.1016/j.yebeh.2019.01.027
7. Марш Л., Фридман Дж. Х. Психиатрические аспекты болезни Паркинсона // В: Текущая клиническая неврология. Психиатрия для неврологов. Под ред. Д. В. Йесте, Дж. Х. Фридмана. Гл. 14. Totowa: Humana Press. 2006. 163-176. DOI:10.1007/978-1-59259-960-8_14
8. Пал Салац, Золтан Хидаси, Ева Чибри. Неврологические симптомы в психиатрии // Нейропсихофармакол Хунг. 2011. 13(3):145-151. DOI: 10.5706/nph201109003
9. Ребекка Радью, Арт Валашек, Санджай Астхана. Нейропсихиатрические симптомы при деменции // Handb Clin Neurol. 2019. 167:437-454. DOI: 10.1016/B978-0-12-804766-8.00024-8



10. Силке Бахманн, Кристина Деген, Франц Йозеф Гейдер, Йоханнес Шрёдер. Неврологические мягкие проявления в клиническом течении шизофрении: результаты метаанализа // Фронтальная психиатрия. 2014. 23:5:185. DOI: 10.3389/fpsyt.2014.00185

11. Хисао Тачибана. Когнитивные нарушения при болезни Паркинсона // Сейсин Синкэйгаку Засси. 2013. 115(11):1142-1149.

12. Шерри Морган. Психотические и биполярные расстройства: поведенческие расстройства при деменции // FP Essent. 2017. 455:18-22.

**ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ 3 И 4 КУРСОВ
ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Усова Е. М.

Кафедра физического воспитания и спорта

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,

Республика Беларусь, г. Гомель

Научные руководители – Азимок О. П., Новик Г. В.

Аннотация. Исследование направлено на изучение уровня тревожности среди студентов 3 и 4 курсов Гомельского государственного медицинского университета. В рамках исследования был проведен анонимный опрос на основе шкалы уровня Бека, который количественно оценил выраженность тревожных симптомов у 86 участников. Результаты показывают, что незначительный уровень тревожности преобладает среди данных групп студентов, однако доля студентов со средним уровнем тревоги выше среди четверокурсников, что может быть связано с нарастающим стрессом в преддверии выбора профессии. Статистический анализ, выполненный с помощью U-критерия Манна-Уитни, показал отсутствие значимых показателей между уровнями тревожности третье-



и четверокурсников, указывая на то, что тревожность является распространённой проблемой на разных уровнях обучения.

Ключевые слова: тревожность студентов, уровень тревожности, шкала тревоги Бека, психоэмоциональное состояние, влияние тревоги.

**ASSESSMENT OF ANXIETY LEVEL OF 3RD
AND 4TH YEAR STUDENTS OF GOMEL STATE
MEDICAL UNIVERSITY**

Usova E. M.

*Department of Physical Education and Sport
Gomel State Medical University, Republic of Belarus, Gomel*
Scientific supervisors –Azimok O. P., Novik G. V.

Abstract. The research is aimed at studying the level of anxiety among 3rd and 4th year students of Gomel State Medical University. The study included an anonymous survey based on the Beck Level Scale, which quantified the occurrence of anxiety symptoms in 86 participants. The results show that a minor level of anxiety prevails among these groups of students, but the proportion of students with a medium level of anxiety is higher among fourth-year students, which may be related to the increasing stress in run-up of choosing a profession. Statistical analysis performed using Mann-Whitney U-criterion showed that there were no significant indicators between the anxiety levels of third- and fourth-year students, indicating that anxiety is a common problem at different levels of education.

Keywords: students' anxiety, anxiety level, Beck's anxiety scale, psycho-emotional state, influence of anxiety.



Введение

Тревожность стала привычной частью жизни многих студентов во всем мире и занимает лидирующее место среди факторов, влияющих на психическое здоровье и удовлетворенность жизнью молодого поколения. Тревожность часто переходит в хроническое состояние, что приводит к снижению когнитивных способностей, проблемам с концентрацией и ухудшению академической продуктивности [1, С.48]. В конечном итоге это может привести к эмоциональному выгоранию и даже к профессиональной неуверенности, вызвать серьезные препятствия на пути к полноценной реализации.

Для студентов тревожность – это не просто фоновое явление, возникающее время от времени, она может стать спутником, подтачивая уверенность в нормальном состоянии, усложняет процесс принятия решений, нарушает стабильность и иногда заставляет откладывать важные дела на потом. Проблема усугубляется, когда тревога настигает студента в критические моменты: сдача экзаменов, участие в семинарах или даже простой ответ на практическом занятии [2, С. 28].

Студенты медицинских специальностей сталкиваются с серьезными психологическими нагрузками из-за особенностей учебного процесса. Это подчеркивает их уязвимость к психоэмоциональным нагрузкам, что делает анализ их тревожности особенно значимым [3, С. 121].

Современные технологии, парадоксально направленные на упрощение жизни, могут способствовать усилению стресса, сохранять студентов в состоянии постоянной активности и сравнивать себя с другими. Вечная гонка за статус быть лучшим и одобрением общества создает замкнутый круг, где тревога лишь усугубляет общее состояние [4, С. 448].

Исследования показывают, что коллективная поддержка – со стороны семьи, друзей, преподавателей и наставников – играет решающую роль в



уменьшении последствий тревожности. Студенты, окруженные вниманием и пониманием, гораздо реже сталкиваются с серьезными последствиями стресса.

Тревожность в студенческой среде, особенно среди медиков, является важной областью исследований в связи с сильным влиянием на их будущую профессиональную деятельность [5, С. 62]. Высокий уровень тревожности может отразиться на их уверенности и работоспособности, что критично в медицинской профессии.

Цель исследования

Оценить уровень тревожности студентов 3 и 4 курсов Гомельского государственного медицинского университета.

Материалы и методы исследования

Для оценки уровня тревожности студентов 3 и 4 курсов Гомельского государственного медицинского университета был проведен добровольный анонимный опрос (шкала тревоги Бека). Шкала тревоги Бека выбрана из-за простоты в использовании, что позволяет получить количественные показатели тревожности и дает представление о ее выраженности у лиц старше 14 лет.

В исследовании приняли участие 86 студентов Гомельского государственного медицинского университета. Респонденты были разделены на две группы в зависимости от курса обучения: группа 1 - 51 студент третьего курса, группа 2 – 35 студентов четвертого курса. Выбор студентов данных курсов обусловлен тем, что именно на этих этапах обучения происходит переход к изучению клинических дисциплин, что может повысить уровень тревожности.

Опрос состоит из 21 вопроса, каждый из которых направлен на оценку типичных симптомов тревоги - как физических, так и психических. Респонденту предлагается оценить интенсивность каждого симптома по шкале от 0 до 3 баллов, где:

0 - симптом отсутствует или не беспокоил,



1 - симптом беспокоил в лёгкой степени,

2 - симптом проявлялся умеренно,

3 - симптом беспокоил очень сильно.

Итоговая сумма баллов позволяет определить уровень тревожности:

0-21 балл - незначительный уровень тревожности,

22-35 баллов - средняя выраженность тревоги,

36 и более баллов - высокий уровень тревожности (максимум - 63 балла).

При сравнении групп использовался непараметрический критерий U-критерий Манна-Уитни. Статистическая обработка данных проводилась в программе Microsoft Excel 2016.

Результаты и их обсуждение.

Сравнение полученных результатов по выборке показывает следующие результаты: незначительный уровень тревожности (до 21 балла) отмечен у 76,47 % (39 студента 3 курса) и 65,71 % (23 студента 4 курса), средняя выраженность (22-35 балла) – 21,57 % (11 студентов 3 курса) и 31,43 % (11 студентов 4 курса), высокий (более 36 баллов) – 1,96 % (1 студент 3 курса) и 2,86 % (1 студент 4 курса). Большинство студентов как третьего, так и четвертого курса демонстрируют незначительный уровень тревожности, что свидетельствует о достаточно благоприятной психоэмоциональной обстановке среди студентов в целом. Однако важно учитывать, что даже на незначительном уровне тревожность может оказывать влияние на успеваемость и мотивацию студентов.

Средний уровень тревожности, наблюдаемый у 21,57 % студентов третьего курса и 31,43% студентов четвертого курса, может свидетельствовать о том, что четверокурсникам предстоит определиться с будущей специализацией.

У студентов каждого курса выявлен один человек с высоким уровнем тревоги.



При анализе результатов исследования студентов третьего курса (табл. 1) среднее значение незначительного уровня тревоги составило 11,05 балла, среднего – 24,81 балла, высокого – 43 баллов; минимальное значение (мин) – 0; 22 и 43 балла соответственно; максимальное – 21; 30 и 43 балла, медиана – 11 и 23 баллов у незначительного и среднего уровня тревоги.

Таблица 1.

Статистические показатели тревожности студентов 3 курса (баллы)

Уровень тревоги/ статистический параметр	Среднее значение	Медиана	Мин	Макс	Стандартное отклонение
Незначительный	11,05	11	0	21	6,39
Средний	24,81	23	22	30	2,92
Высокий	43	43	43	43	-

Показатели студентов четвертого курса оказались следующими (табл. 2): среднее значение незначительного уровня тревоги – 12,52 баллов, среднего – 26,91 баллов, высокого – 41 балл; минимальное значение (мин) – 0; 22 и 41; максимальное – 21; 32 и 41 балла соответственно, медиана – 14; 27 и 41 баллов у незначительного, среднего и высокого уровня тревоги.

Таблица 2

Статистические показатели тревожности студентов 4 курса (баллы)

Уровень тревоги/ статистический параметр	Среднее значение	Медиана	Мин	Макс	Стандартное отклонение
Незначительный	12,52	14	0	21	6,67
Средний	26,91	27	22	32	3,01
Высокий	41	41	41	41	-



Стандартное отклонение отражает степень изменчивости признака в группах студентов третьего и четвертого курсов. Показатели 3 курса (6,39 и 2,92) и 4 курса (6,67 и 3,01) имеют незначительные различия.

Для сравнения достоверности различий в проявлениях уровней тревожности в выделенных группах используем U-критерий Манна-Уитни, который оценивает, есть ли статистически значимые различия между двумя независимыми группами (табл. 3). Анализируя незначительный уровень тревоги, видим, что $p=0,457$ ($p>0,05$), т. е. различия в данной группе не являются статистически значимыми. В группе со средним уровнем тревоги $p=0,060$ ($p>0,05$), что также указывает на отсутствие статистически значимых различий. В группе сравнения высокого уровня тревоги U-критерий Манна-Уитни равен 0, т.е. нет данных о критических значениях U-критерия Манна-Уитни при заданной численности сравниваемых групп.

Различия между группами студентов статистически не значимы, что не отменяет важности проведения мониторинга психоэмоционального состояния студентов на разных этапах обучения.

Таблица 3.

Различия показателей незначительного/среднего/высокого уровня тревоги у студентов 3 и 4 курсов относительно тестовой нормы по U-критерию Манна-Уитни (p)

Анализируемые данные (3/4 курс)	Среднее значение в группах	p
Незначительный/незначительный	11,05 / 12,52	0,457
Средний/средний	24,81 / 26,90	0,060
Высокий/высокий	43 / 41	0

Заключение

Среди студентов 3 и 4 курсов Гомельского государственного медицинского университета преобладает незначительный уровень тревожности.



При этом у четверокурсников наблюдаются несколько более высокий процент среднего уровня по сравнению с третьекурсниками, что, вероятно, связано с нарастающим стрессом на фоне выбора будущей профессии.

С помощью U-критерия Манна-Уитни выявлено, что различия в уровнях тревожности между студентами 3 и 4 курсов статистически незначимы. Это говорит о том, что тревожность распространена среди студентов обоих курсов.

Несмотря на незначительные различия в уровне тревожности между третьи- и четверокурсниками, наблюдается тенденция к повышению среднего уровня тревожности на старших курсах. Этот факт может быть использован при планировании профилактических программ, ориентированных на помощь старшекурсникам в решении профессиональных вопросов и управлении эмоциональным состоянием.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Бигаева А. Р., Сравнение уровня тревожности у студентов медицинского вуза и студентов психологического факультета // Студенческий вестник. 2021. № 41-1 (186). С. 48–50.

2. Деркач М. Ю., Колтунчик В. В., Никулина Н. А. Особенности тревожности и состояния вегетативной нервной системы у студентов медицинского университета // Интернаука. 2022. № 19-2 (242). С. 28–29.

3. Городецкая И. В., Коневалова Н. Ю., Захаревич В. Г. Исследование ситуативной и личностной тревожности студентов // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2019. Т. 18. № 5. С. 120–127.

4. Кузнецов И. А., Шаймакова Ж. Б., Антонова М. А., Мишанина А. С. Уровень тревожности у студентов-спортсменов и студентов, нерегулярно занимающихся спортом / Перспективы развития строительного комплекса: Материалы XVI Международной научно-практической конференции профессорско-преподавательского состава, молодых ученых и студентов,



Астрахань. 27–28 октября 2022 года / Под общей редакцией Т.В. Золиной. – Астрахань: Астраханский государственный архитектурно-строительный университет, 2022. С. 448–451.

5. Маринина М. Г., Мужиченко М. В., Надежкина Е. Ю. Исследование взаимосвязи хронотипов и уровня тревожности студентов в различные периоды учебного процесса // Грани познания. 2023. № 5 (88). С. 62–66.

КРАТКИЙ ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В МЕНТАЛЬНОМ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ОБЩЕСТВА

Федосеев И. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – Яковлев А.С.

Аннотация. В данной статье на основе обзора публикаций в отечественной и зарубежной специализированной литературе произведена попытка обозначить и резюмировать текущее состояние и тенденции развития когнитивных наук в России, прежде всего психиатрии, а также рассмотреть перспективы развития последней в обозримом будущем.

Ключевые слова: психиатрия, психология, наркология, нейронауки, киберпсихиатрия, феноменология.

A BRIEF OVERVIEW OF CURRENT TRENDS IN MENTAL HEALTH OF A PERSON AND SOCIETY

Fedoseev I.A.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Yakovlev A.S.



Abstract. In this article, based on a review of publications in domestic and foreign specialized literature, an attempt is made to identify and summarize the current state and trends in the development of cognitive sciences in Russia, primarily psychiatry, as well as to consider the prospects for the development of the latter in the foreseeable future.

Keywords: psychiatry, psychology, narcology, neuroscience, cyberpsychiatry, phenomenology.

Введение

Характер третьего десятилетия XXI века ставит перед профессиональным сообществом ряд значительных вопросов: как научно-технический прогресс повлияет на медицину вообще и на психиатрию в частности? Как будет выглядеть психиатрическая помощь в ближайшем будущем? Что нужно будет знать психиатрам ближайшего будущего?

Психиатрия как медицинская наука ещё крайне молода, в отличие от соматической медицины, насчитывающей тысячи лет опыта, буквально – с начала истории человечества. Из стадии юности она на наших глазах переступает в стадию зрелости. Однако несмотря на то, что её методы исследования и лечения ещё далеки до выхода на плато в своём развитии, и даже несмотря на тёмный период в психиатрии 20 века, психиатрия современности становится достоянием общественной культуры.

F-диагноз (по МКБ-10) несёт груз ответственности за сохранность социального имиджа индивида и грозит стигматизацией в семейном, рабочем или ином другом коллективе. В то же время в среде молодого поколения, особенно в западной культуре, психические отклонения романтизируются и уже стали новой субкультурой, даже модой. Едва ли любые другие медицинские



науки, будь то гастроэнтерология или эндокринология, могут встретить феномен популярности болезни, «хайп гастрита».

Феноменология данного явления в целом понятна («быть не таким как все») и деструктивна – «уход в болезнь» как акт протеста, чаще подросткового. Это явление – часть общей повестки солидарности, волна дестигматизации всего и всех, и к этому можно было бы отнестись с улыбкой, однако оно ведёт к ряду дополнительных проблем:

- Стирается и без того нечёткая граница между нормой и патологией
- В обществе формируются ошибочные стереотипы и представления о психических заболеваниях
- Увеличение числа симулянтов в кабинете психиатра
- Рост числа суицидальных попыток (в т.ч. завершённых суицидов) среди детей и подростков

Психиатрия поддерживает актуальность многовековых вопросов философии, в то же время являясь одной из самых активно развивающихся наук, достигла таких огромных успехов, которые остальным отраслям медицины в настоящее время попросту не доступны. Кратко приведу лишь некоторые примеры:

Генетика – стремительно развивающееся направление естествознания, тоже обогащает психиатрию новыми данными. При расстройствах аутистического спектра и шизофрении, например, были отмечены частые изменения в локусе генов 16p11.2 BP4-BP5, что в очередной раз подтвердило достоверность наследственной теории этиопатогенеза данных нозологий. Также доказано, что механизмы памяти ассоциированы с молекулами ДНК и РНК, и можно ожидать, что они будут раскрыты в полной мере в 21 веке. Медико-генетическое консультирование и экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО)



позволяют пациентам планировать рождение детей с минимальным риском стигматизирующих патологий, в том числе психических.

Существенно продвинулись за последние 30 лет нейровизуализация и исследования схем мозга. Функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ) – метод исследования, позволяющий в режиме реального времени увидеть изменения в активности коры головного мозга (в формате 4D), основывается на магнитных свойствах дезоксигемоглобина и на региональных изменениях кровотока в ответ на нейрональную активацию. Эта методика исследования привела к новой волне интереса к картированию головного мозга и позволила исследователям продвинуться в понимании высших корковых процессов, таких как память и внимание. Цитоархитектонические поля Бродмана уже считаются устаревшими, хотя новая карта коры головного мозга продолжает подвергаться критике и дискуссиям.

Помимо уже привычных психофармакологии и психотерапии, в литературе всё больше внимания уделяется нейрофизиологическим методам. Набирает популярность среди исследователей транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС). Методика ТМС была введена в клиническую практику в 1985 г. - первоначально в качестве диагностической процедуры и инструмента фундаментальных исследований в области нейрофизиологии и нейропсихологии. Глубокая ТМС модулирует корковую возбудимость на максимальную глубину (6 см), в результате активируется не только кора головного мозга, но и глубокие нейронные цепи. Метод уже объявлен перспективным в лечении депрессии, в том числе резистентной к терапии, аутизма, слуховых галлюцинаций, негативных симптомов шизофрении.

Новые технологические и научные достижения могут создать на рынке труда потребность в новых психиатрических специальностях, необходимость выделять психиатрические факультеты в университетах. Уже сейчас ведётся



разработка методик киберпсихиатрии. рассматривающей вопросы психопатологии в киберпространстве (кибераддикции, кибербуллинг, применение ИИ). Медицинская кибернетика в России активно развивается и осваивает новые технологии с завидной скоростью.

К сожалению, материалистический взгляд на этиопатогенез психических заболеваний и концепция «нейрохимического дисбаланса» активно используется для лоббирования на рынке новых психофармакологических препаратов. Это приводит к возникновению в обществе резко негативных настроений в отношении психофармакотерапии и психиатрии вообще (т.н. антипсихиатрия).

С прагматической позиции психиатру, конечно, важен не столько путь к душе пациента, сколько короткий и надёжный путь к «очагу дезадаптации», по которому он донесёт целебное средство.

Научно-доказательный подход неизбежно привёл психиатрию к выраженному биологическому редукционизму, феноменология отошла на второй план. Карл Ясперс предсказывал этот путь развития ещё в 1912 г. Психиатрия действительно отделилась от картезианского отношения к ментальному, интенциональному, как к чему-то невыразимому на языке прикладной науки, и пришла к современной парадигме, в которой область ментального считается доступной научному описанию и фармакологической коррекции.

Что же касается аддиктологии, вернее сказать – отечественной наркологии, – она почти век развивалась собственным путём, отдельным от мирового опыта и от психиатрической науки, и сейчас пребывает в системном кризисе. К сожалению, отечественная наркология не только не развивается, но и деградирует, всё больше удаляясь от науки, гуманизма и здравого смысла. [Происходит отток пациентов из наркологических учреждений, утрата доверия со стороны пациентов и их родственников. Принципы лечения алкоголизма и



наркомании в отечественной литературе почти не отличаются, несмотря на различия в механизмах психогенеза. Доминирует методика «кодирования», признанная цивилизованным миром как вредоносная, ненаучная и неэтичная.

Заключение

Современная психиатрия сталкивается с рядом новых вызовов, вызванных изменениями в обществе и технологической среде. Для эффективного решения этих проблем необходимо объединение усилий специалистов из различных областей, развитие новых подходов к диагностике и терапии, а также активное внедрение просветительских программ, направленных на повышение осведомлённости о значении психического здоровья. Будущее когнитивных наук и психиатрии лежит в интеграции технологий, междисциплинарном подходе и индивидуализации медицинской помощи, что позволит более эффективно справляться с новыми вызовами и улучшать качество жизни людей.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Основы психиатрии, наркологии и психотерапии: учебное пособие для студентов, ординаторов, аспирантов медицинских вузов: [16+] / [Абрамова Светлана Андреевна, Алфимов Павел Викторович, Асадуллин Азат Раилевич и др.]. Москва: Городец, 2024. 29 с.; ISBN 978-5-907641-07-5.

2. Каннабих, Ю. В. История психиатрии / Ю. В. Каннабих. – Москва: Академический Проект | Деловая книга, 2012. 432 с. ISBN 978-5-8291-1343-8. – EDN VRSEHR.

3. Селедцов, А. М. Многомерность проблем современной психиатрии: направления развития и инновации в оказании психологической помощи / А. М. Селедцов, А. С. Яковлев, Г. В. Акименко // История медицины в Сибири: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, Кемерово, 14 марта 2024 года. Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2024. С. 232-241. EDN ABIAVK.



4. Макушкин, Е. В. Психиатрия будущего: многоаспектность проблем современной психиатрии и разработка новых классификационных систем / Е. В. Макушкин, С. Н. Осколкова, Г. А. Фастовцов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117, № 8. С. 118-123. DOI 10.17116/jnevro201711781118-123. EDN ZEVSZB.
5. Акименко, Г. В. Психиатрия в XXI веке: направления развития и инновации в оказании помощи / Г. В. Акименко, А. М. Селедцов, Ю. Ю. Кирина // Дневник науки. 2021. № 4(52). EDN QMEEKQ.
6. Кремнева Елена Игоревна, Коновалов Р. Н., Кротенкова М. В. Функциональная магнитно-резонансная томография // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2011. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/funktsionalnaya-magnitno-rezonansnaya-tomografiya> (дата обращения: 13.10.2024).
7. Менделевич, В. Д. Современная российская наркология: парадоксальность принципов и непротиворечивость процедур / В. Д. Менделевич // Наркология. 2005. Т. 4, № 1. С. 56-64. EDN XVHLHZ.
8. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения // Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022.
9. Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. Br J Psychiatry. 2009 Jul;195(1):3-4. doi: 10.1192/bjp.bp.109.063859. PMID: 19567886.
10. Cardwell C. N. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th edition). - 2014; Washington, DC American Psychiatric Association.
11. Sudhir Bhave, Sushil Gawande, Abhijeet Faye, Anagha Sinha Saoji. Cyberpsychiatry. – 2021; Jaypee Digital. doi: 10.5005/jp/books/18411



**ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ
И ТЯЖЕСТЬ ИХ ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ**

Филиппова Л. М.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – Яковлев А.С.

Аннотация. Данная статья посвящена изучению влияния новой коронавирусной инфекции на частоту развития эпилептических приступов и тяжести их течения у пациентов. Сочетание текущей эпилепсии и COVID-19 в совокупности с психогенным воздействием пандемии вызывает у больных эпилепсией состояние тревоги, стресса и депрессии. Эпилептические приступы у пациентов могут провоцироваться как прямым нейротропным воздействием вируса, так и системными заболеваниями и метаболическими факторами.

Ключевые слова: эпилепсия, эпилептический статус, коронавирусная инфекция, постковидный синдром, центральная нервная система, ангиотензинпревращающий фермент-2, «цитокиновый шторм».

**INFLUENCE OF THE NEW CORONAVIRUS INFECTION
ON THE FREQUENCY OF EPILEPTIC SEIZURES
AND THE SEVERITY OF THEIR COURSE IN PATIENTS**

Filippova L. M.

Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. This article is devoted to the study of the impact of the new coronavirus infection on the frequency of epileptic seizures and their severity in patients. The combination of current epilepsy and COVID-19, together with the



psychogenic impact of the pandemic, causes anxiety, stress, and depression in patients with epilepsy. Epileptic seizures in patients can be provoked by both the direct neurotropic effect of the virus and systemic diseases and metabolic factors.

Keywords: epilepsy, epileptic status, coronavirus infection, post-covid syndrome, central nervous system, angiotensin-converting enzyme-2, «cytokine storm».

Введение

Вспышка новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызванной SARS-CoV-2, впервые была зафиксирована в декабре 2019 года в Китае, в городе Ухань [1]. За короткое время COVID-19 распространился по всему миру и перерос в пандемию [2]. С увеличением числа наблюдений за пациентами с тяжелыми и крайне тяжелыми формами новой коронавирусной инфекции отмечаются многочисленные случаи проявления неврологической симптоматики [3].

В работе А. Paniz-Mondolfi описано, что на срезах головного мозга пациентов, умерших от коронавирусной инфекции, непосредственно в нейронах выявлено наличие вирусных частиц. Это подтверждает то, что COVID-19 способен поражать нервную систему [4].

В научной литературе упоминается, что проникновение вируса в клетки человека происходит через рецептор ангиотензинпревращающего фермента-2 (АПФ-2), а белок АПФ-2 экспрессируется в большинстве тканей, в частности – на мембранах пневмоцитов II типа, энтероцитов тонкого кишечника, гладкомышечных клеток органов, а также эндотелиальных клеток артерий и вен. Также матричная РНК для рецепторов АПФ-2 обнаружена в нейронах и глиальных клетках коры головного мозга, ствола головного мозга, гипоталамуса и полосатого тела. В головном мозге вирус повреждает нейроны за счет поражения эндотелия капилляров [5].



Выявлено, что коронавирус способен преодолевать гематоэнцефалический барьер, что доказательством чего является выявление генетического материала в цереброспинальной жидкости [6]. Неврологическая симптоматика развивается за счет воспалительной реакции, связанной с инфицированием COVID-19, когда происходит так называемый «цитокиновый шторм». «Цитокиновый шторм» является негативным последствием быстрого высвобождения цитокинов, которые способны преодолевать гематоэнцефалический барьер и вызывать нейровоспалительные процессы, приводящие к развитию хронических нейродегенеративных заболеваний [7].

Наиболее часто выявляемыми поражениями нервной системы у больных являются цереброваскулярные нарушения [8]. В соответствии с последними публикациями, COVID-19 может вызывать ряд других неврологических осложнений: ишемический и геморрагический инсульты, вирусный энцефалит, менингоэнцефалит, синдром Гийена-Барре, эпилептические приступы [9]. Развитие неврологической симптоматики при заболевании коронавирусной инфекцией является неблагоприятным прогностическим прогнозом, что говорит об ухудшении состояния больного вплоть до летального исхода [10].

Объекты и методы исследования

Целью данного исследования является выявление связи между инфицированием новой коронавирусной инфекцией и учащением развития эпилептических приступов и ухудшения их течения у пациентов посредством обзора литературы. Методами и объектами данного исследования являются анализ литературных источников и обобщение научной литературы.

Результаты и их обсуждение

Ряд исследований свидетельствует о том, что имеется связь между симптоматическими эпилептическими приступами и эпилептическим статусом и заболеванием новой коронавирусной инфекцией. Провоспалительные



цитокины способны привести к увеличению содержания глутамата и аспартата и снижению уровня ГАМК, а также к ухудшению функции ионных каналов, впоследствии чего может развиваться эпилептический приступ.

Выявлено, что у большинства больных эпилепсией, инфицированных COVID-19, значительно утяжелялось течение эпилептического приступа, а также отмечалось увеличение частоты приступов. Согласно результатам биохимических и иммуногистохимических исследований, концентрации медиаторов воспаления быстро повышаются в определенных участках головного мозга, имеющих проэпилептогенных повреждения. Экспериментальное исследование показало, что воспалительный процесс, связанный с проникновением коронавируса в головной мозг, может длиться от нескольких дней до недель и часто сопровождается развитием эпилептического синдрома в течение этого периода. К маркерам воспаления относятся С-реактивный белок (СРБ), интерлейкины (IL)-1b, -6 и -8, повышающиеся у больных эпилепсией. Электроэнцефалография является основным инструментальным исследованием в диагностике эпилептиформных нарушений.

Исследования показывают, что у пациентов с COVID-19 отмечается высокая аномальная фоновая активность (96,1%). Эпилептиформные разряды выявлялись в 20,3% случаев, и их распределение выровнялось между пациентами, имеющими в анамнезе эпилептические приступы, и пациентами, у которых их не было. У пациентов с эпилепсией и COVID-19 были выявлены генерализованные и латерализованные периодические разряды, генерализованная и латерализованная ритмическая дельта-активность, фокальное замедление ритмов ЭЭГ, эпилептиформные разряды, билатерально-синхронный паттерн в виде генерализованных острых волн и вспышек эпилептиформных разрядов, диффузное генерализованное замедление ритмов



ЭЭГ, фронтальная периодическая ритмическая дельта-активность в виде генерализованной ритмической дельта-активности и трехфазные волны.

Новая коронавирусная инфекция, коморбидная с эпилепсией, не является причиной отмены поддерживающей терапии, при условии, что пациент не находится на аппарате искусственной вентиляции легких (ИВЛ). При лечении пациентов необходимо строго придерживаться прежней схемы противоэпилептической терапии. Однако в ряде случаев может потребоваться коррекция лечения, решение о которой должно приниматься по согласованию с неврологом-эпилептологом.

Целый ряд противоэпилептических препаратов (ПЭП): карбамазепин, фенитоин, окскарбазепин, фенобарбитал, эликарбазепин, руфинамид, примидон, являются ингибиторами препаратов для этиотропной терапии COVID-19. Помимо этого, прием таких препаратов, как карбамазепин, фенобарбитал, фенитоин строго противопоказан совместно с приемом препарата нирматревил+ритонавир. Учитывая, что информация по ряду препаратов постоянно обновляется, необходимо оценивать риски в каждом случае индивидуально. В то же время, существует целый ряд ПЭП, у которых не обнаружены межлекарственные взаимодействия с препаратами для лечения COVID-19. К данным препаратам относятся прегабалин, ретигабин, топирамат, зонисамид, вигабатрин, ретигабин, лакосамид, леветирацетам. Именно этим препаратам следует отдавать предпочтение при назначении ПЭП у пациентов с COVID-19. Так же следует помнить о возможном развитии или углублении дыхательной недостаточности при необходимости применения препаратов бензодиазепинового ряда.

Согласно рекомендациям ведущих эпилептологов, при отсутствии признаков тяжелой формы COVID-19, целесообразно назначение пациентам ПЭП в таблетированной форме. Перевод на парентеральное введение



лекарственных препаратов осуществляется при невозможности приема таблеток пациентом и вновь заменяется на пероральный прием препарата при улучшении состояния.

Заключение

Таким образом, на основании данных обзора литературы можно сделать вывод о том, что COVID-19 оказал негативное влияние на пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, в частности, эпилепсией. Последствиями воздействия новой коронавирусной инфекции стали учащение эпилептических приступов и ухудшение их течения.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Гусев Е.И., Мартынов М.Ю., Бойко А.Н. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и поражение нервной системы: механизмы неврологических расстройств, клинические проявления, организация неврологической помощи. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. №6. С. 7-16.
2. Карлов В.А., Бурд С.Г., Лебедева А.В. Эпилепсия и COVID-19. Тактика и лечение. // Рекомендации Российской Противоэпилептической Лиги. 2020. Т. 12. №1. С. 84-88.
3. Ковальчук В.В. Роль новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в прогрессировании и развитии сосудистых заболеваний головного мозга. Грамотный выбор средств патогенетической терапии - залог успеха лечения и профилактики. Взгляд специалиста из «красной зоны». // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021. Т. 13. №1. С. 57-66.
4. Одинцова Г.В., Колотева А.В., Банникова В.Д. Эпилепсия и COVID-19: связана ли инфекция с повышенным риском рецидива приступов? // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2021. Т. 13. №4. С. 318-324.



5. Остроумова Т.М., Черноусов П.А., Кузнецов И.В. Когнитивные нарушения у пациентов, перенесших COVID-19. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021. Т. 13. №1. С. 126-130.

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

7. Сорокина Н.Д., Перцов С.С., Селицкий Г.В., Жердева А.С., Цагашек А.В. Влияние COVID-19 на неврологические и психические проявления эпилепсии. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023. Т. 123. №3. С. 7-11.

8. Терновых И.К., Топузова М.П., Чайковская А.Д. Неврологические проявления и осложнения у пациентов с COVID-19. // Трансляционная медицина. 2020. Т. 7. №3. С. 21-29.

9. Холин А.А., Заваденко Н.Н., Нестеровский Ю.Е. Особенности неврологических проявлений COVID-19 у детей и взрослых. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. №9. С. 114-120.

10. Paniz-Mondolfi A., Bryce C., Grimes Z., et al. Central nervous system involvement by severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) // J Med Virol. 2020. Vol. 92. N 7. P. 699–702.



**ТЕРАПИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО
ИНТЕЛЛЕКТА: ВОЗМОЖНОСТИ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПРИМЕНЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ.
ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР**

Фролкова У. Д.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к.ист.н., доцент Акименко Г. В.

Аннотация. В данной статье рассмотрены возможности применения искусственного интеллекта в психотерапии и выявления этических аспектов данного подхода. Методы исследования включают литературный обзор, анализ научных статей в области психотерапии и искусственного интеллекта. Литературный обзор позволит выявить существующие подходы и исследования, касающиеся применения ИИ в психотерапии, а анализ научных статей поможет оценить текущее состояние знаний в этой области. Интервью с экспертами предоставит возможность получить практические рекомендации и мнения профессионалов о перспективах и рисках использования ИИ в психотерапии.

Ключевые слова: Искусственный интеллект, этика, психическое расстройство, приложение для психического здоровья, психотерапия.

**THERAPY USING ARTIFICIAL INTELLIGENCE: POSSIBILITIES
AND ETHICAL ASPECTS OF APPLICATION IN PSYCHOTHERAPY.
LITERARY REVIEW**

Frolkova U. D.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Akimenko, G.V.



Abstract. This article examines the possibilities of using artificial intelligence in psychotherapy and identifying the ethical aspects of this approach. Research methods include a literary review, analysis of scientific articles in the field of psychotherapy and artificial intelligence. The literature review will identify existing approaches and research related to the use of AI in psychotherapy, and the analysis of scientific articles will help to assess the current state of knowledge in this area. Interviews with experts will provide an opportunity to receive practical recommendations and professional opinions on the prospects and risks of using AI in psychotherapy.

Keywords: Artificial intelligence, ethics, mental disorder, mental health application, psychotherapy.

Введение

В последние десятилетия наблюдается стремительное развитие технологий, и искусственный интеллект (ИИ) стал одной из самых обсуждаемых и перспективных областей, способных оказать значительное влияние на различные сферы человеческой деятельности. Психотерапия, как одна из ключевых областей психического здоровья, не осталась в стороне от этого технологического прогресса. Введение ИИ в психотерапевтическую практику открывает новые горизонты для диагностики, лечения и поддержки пациентов, однако также поднимает множество вопросов, касающихся этики, безопасности и эффективности таких подходов.

Актуальность данной работы обусловлена недостатком информации и рекомендаций по этическому использованию ИИ в психотерапии, особенно при работе с уязвимыми группами, такими как подростки. В условиях, когда психическое здоровье становится все более важным аспектом общего благополучия, необходимо тщательно исследовать, как ИИ может быть



интегрирован в терапевтические процессы, а также какие риски и преимущества это может принести. В рамках данной работы будет проведен глубокий литературный обзор, который позволит выявить существующие исследования и практики, а также проанализировать текущие ИИ-продукты, используемые в психотерапии.

В первой части работы будет представлено введение в терапию с использованием ИИ, где будут рассмотрены основные концепции и технологии, применяемые в данной области. Это позволит создать базу для дальнейшего анализа и понимания, как именно ИИ может быть использован в психотерапевтической практике. Далее будет проведен литературный обзор современных исследований по ИИ в психотерапии, который охватит как теоретические, так и практические аспекты применения ИИ в этой области. Важно отметить, что существующие исследования показывают разнообразие подходов и методов, которые могут быть использованы для улучшения качества терапии и адаптации методов под индивидуальные особенности пациентов.

Следующий раздел будет посвящен анализу существующих ИИ-продуктов для терапии. Здесь мы рассмотрим, какие технологии уже внедрены в практику, как они функционируют и какие результаты демонстрируют. Это позволит оценить, насколько эффективны эти продукты и как они могут быть использованы для улучшения психотерапевтического процесса.

Однако, несмотря на все преимущества, использование ИИ в психотерапии также вызывает множество этических вопросов. В четвертой части работы будет уделено особое внимание этим аспектам, включая конфиденциальность данных, степень доверия к ИИ и возможные риски для здоровья пациентов. Эти вопросы становятся особенно актуальными в свете растущего числа случаев, когда технологии могут быть использованы неэтично



или даже вредно для пациентов, особенно для тех, кто находится в уязвимом положении.

Важной задачей данной работы будет разработка рекомендаций по этичному использованию ИИ в терапии. Эти рекомендации будут основаны на проведенном анализе и литературном обзоре, а также на мнениях экспертов в области психотерапии и технологий. Мы стремимся создать практическое руководство, которое поможет специалистам в области психического здоровья эффективно и безопасно интегрировать ИИ в свою практику.

Кроме того, работа будет посвящена роли искусственного интеллекта в будущем психотерапии. Мы рассмотрим, как технологии могут изменить подходы к лечению, какие новые возможности они открывают и какие вызовы могут возникнуть в процессе их внедрения. Критический анализ влияния ИИ на качество терапии также станет важной частью исследования, поскольку необходимо оценить, как технологии могут как улучшить, так и ухудшить результаты лечения.

Таким образом, данная работа направлена на всестороннее исследование возможностей и этических аспектов применения искусственного интеллекта в психотерапии. Мы надеемся, что результаты нашего исследования помогут не только специалистам в области психического здоровья, но и широкой аудитории, интересующейся вопросами взаимодействия технологий и психотерапии.

Введение в терапию с использованием ИИ. Искусственный интеллект (ИИ) вступает в новую эру в области психотерапии, предоставляя разнообразные инструменты и методики для специалистов и пациентов. Его возможности варьируются от автоматизации рутинных задач до создания более интерактивных и персонализированных подходов к терапии. При этом различные компании, такие как ЯНорм и iCognito, уже успешно применяют ИИ



для улучшения психического здоровья, потенциально меняя правила игры в этой области. Специально разработанные чат-боты, такие как ChatGPT, подтверждают, что ИИ может быть не просто средством общения, но и мощным инструментом в терапии, образовании и коучинге [1].

Существующие исследования подчеркивают, что применение ИИ может значительно дополнить традиционные формы терапии. Например, ИИ может выступать в роли инструмента для повышения эмоциональной осознанности пациентов, улучшая восприимчивость к процессу терапии и углубляя процесс саморазмышления [2]. Тем не менее, многие школы психотерапии по-прежнему не интегрируют эти технологии в свою практику, что подчеркивает некоторую задержку в инновационных подходах [3].

Также стоит отметить, что использование ИИ позволяет анализировать данные о поведении пользователей, что делает терапию более адаптированной к индивидуальным нуждам. Персонализация подходов становится ключевым аспектом в эффективной терапии, и ИИ значительно упрощает этот процесс [4]. В результате пациенты могут получить более точные рекомендации и поддержку, что в свою очередь может привести к улучшению их состояния [5].

С переходом на ИИ-поддерживаемые решения, важно учитывать этические аспекты: как защита персональных данных, безопасность взаимодействия с ИИ и возможность возникновения зависимости от технологий. Эти вопросы требуют тщательного анализа и обсуждения в рамках профессионального сообщества, чтобы эффективно интегрировать ИИ в практику психотерапии без угроз для клиентов.

Развитие технологий и алгоритмов ИИ в психотерапии открывает новые горизонты для исследований и практик. Растущий интерес к этой области свидетельствует о её важности и необходимости дальнейшего изучения, чтобы



обеспечить благополучие пациентов и профессионалов, работающих в сфере психического здоровья.

Литературный обзор исследований по ИИ в психотерапии.

Психотерапия с использованием искусственного интеллекта, в частности, на базе чат-ботов, демонстрирует эффективность в помощи детям с аутизмом и других групп населения. Чат-боты не только помогают улучшить доступность психологической помощи, но и способствуют более адаптивному общению с пациентами. Важно отметить, что ИИ решает задачи, связанные с диагностикой и анализом поведенческих паттернов, опираясь на различные источники данных, такие как медицинские карты [3].

Существует ряд технологий, способствующих увеличению координации лечения и анализов. Например, использование системы анализа данных Watson позволяет извлекать полезные свидетельства для терапии, что напрямую связано с улучшением результатов лечения [3]. При этом возрастающее внимание к этическим аспектам также становится важным элементом разработки и внедрения ИИ в психотерапию. Это включает в себя необходимость создания Guidelines для безопасного и эффективного применения технологий [1].

В последние годы возникло множество исследований, посвящённых влиянию ИИ в психотерапии, что привело к формированию нового направления, интегрирующего технологии и практики. Одним из потенциальных направлений является использование алгоритмов для оценки кризисных состояний, которые могут дать более подробную информацию о поведении пациентов и наиболее распространенных реакциях на стрессовые ситуации [3].

Чат-боты с элементами ИИ начинают выполнять функцию не только простого агрегатора сведений, но и активного участника в терапевтическом процессе. Они могут адаптироваться к запросам пользователя, что делает их эффективным инструментом для поддержки психического здоровья [3]. Также



важно отметить, что работа с ИИ в психотерапии могла бы снизить нагрузку на специалистов и повысить общую доступность лечебных услуг.

Стоит подчеркнуть, что успех интеграции ИИ в психотерапию зависит от правильного их применения и высокой степени профессионализма терапевтов, использующих такие технологии. Психотерапевты должны быть готовы работать рядом с ИИ и применять полученные данные для оказания помощи, эффективно анализируя информацию, предоставляемую алгоритмами [3]. Также, учитывая важность конфиденциальности и защиты данных пользователей, разработка этических норм использования ИИ становится критически важной для успешной интеграции этих технологий в клиническую практику.

Эксперты предсказывают, что в ближайшие годы на базе ИИ появятся новые гибридные подходы к терапии, которые смогут оказывать помощь несовершеннолетним и взрослым с различными психическими заболеваниями. Важно, чтобы эти новые технологии сопровождалось комплексным обучением терапевтов, что обеспечит не только инновационный подход к лечению, но и его безопасность, тщательно оценивая риски и оптимизируя методы [3].

Разработка ИИ в сфере психотерапии может изменить подходы к диагностике ментальных нарушений и предоставить больше возможностей для терапии. Исследования показали, что использование технологий ИИ позволяет распознавать эмоциональные состояния и предлагать соответствующие стратегии помощи, что может оказать существенное влияние на процесс терапии [1]. Успешное применение таких методов может привести к улучшению результатов лечения и увеличению удовлетворенности.

Итак, внедрение ИИ в психотерапию не только открывает новые горизонты, но и требует обращения внимания на исследование эффективных и этических подходов к его использованию. С точки зрения будущего развития



психотерапии, взаимодействие между традиционными методами и новыми технологическими решениями может стать основой для создания качественной помощи в области ментального здоровья.

Существующие ИИ-продукты для терапии: анализ.



Рис.1. - Существующие ИИ-продукты для терапии и их влияние на практику.

Развитие технологий искусственного интеллекта (ИИ) открывает новые горизонты в области психотерапии, предлагая разнообразные решения для диагностики и лечения психических расстройств. На сегодняшний день существует множество ИИ-продуктов, которые интегрируются в терапевтические процессы. Одним из наиболее известных примеров является образовательная платформа IBM Watson, которая использует алгоритмы для анализа терапевтических данных и представления персонализированных рекомендаций. Исследования показывают, что внедрение таких систем может повысить точность диагностики на 30% по сравнению с традиционными методами [7], что демонстрирует потенциал ИИ в улучшении уровня предоставляемой терапии.



Чат-боты, такие как те, которые используются в приложении iCognito, активно применяются для оказания поддержки, особенно среди детей с аутизмом. Генеральный директор компании подчеркивает, что ИИ может стать мощным инструментом, меняющим подходы к заботе о психическом здоровье [4]. Эти системы способны обучаться и адаптироваться к запросам пользователей, предоставляя своевременные советы и поддержку в рамках доступной платформы. Однако, несмотря на достижения, важно учитывать, что повышенный интерес к ИИ в психотерапии также связан с необходимостью сделать акцент на человеческом аспекте в процессе выздоровления.

Наряду с улучшением диагностики, технология ИИ активно используется для анализа поведенческих данных. В рамках таких программ, как Quartet Health, обрабатываются большие объемы информации для создания индивидуализированных планов лечения [7]. Этот подход позволяет не только оптимизировать терапию, но и делает её более эффективной и целенаправленной, основываясь на конкретных потребностях пациента. Однако, внедрение ИИ-технологий в психотерапию порождает и ряд этических вопросов, таких как конфиденциальность данных и влияние на человеческие отношения в терапии, что требует дополнительного обсуждения и разработки рекомендаций.

Доступные приложения на базе ИИ уже продемонстрировали успешное применение в психотерапии, с более чем 400 тысячами загрузок среди пользователей. Работа с такими чат-ботами показывает, что эти системы могут не только служить источниками информации и поддержки, но и способствовать изменению подхода к самодисциплине и саморазвитию [1]. Испытания в различных условиях и контекстах показывают, что наибольшая эффективность достигается при использовании ИИ как дополнения, а не замены традиционным методам терапии.



Существующие ИИ-продукты в психотерапии открывают новый путь для улучшения диагностических и терапевтических процессов. Тем не менее, их успешное применение зависит от дальнейших исследований, направленных на оценку их эффективности и разработку этических норм, необходимых для защиты как клиентов, так и профессионалов в области психического здоровья. В этом контексте необходимо учитывать общественное мнение и нарастающее беспокойство по поводу роли технологий в таких интимных аспектах, как психотерапия.

Сочетание ИИ и человеческого опыта в психотерапии сулит многообещающие перспективы, позволяя лучше понимать и лечить психические расстройства. Однако для достижения максимальной эффективности требуется более глубокий анализ текущих исследований и практик в этой области, чтобы обеспечить безопасное и этическое внедрение новых технологий в процесс лечения. Психотерапевты должны рассматривать ИИ как вспомогательный инструмент, способствующий созданию более персонализированного и сфокусированного подхода к терапии, а не как замену человеческому взаимодействию, которое остается краеугольным камнем процесса лечения [6].

Этика применения искусственного интеллекта в психотерапии охватывает широкий спектр вопросов, которые значительно влияют на практику и восприятие данного подхода как со стороны специалистов, так и пациентов. Прежде всего, важным аспектом является защита конфиденциальности и безопасности данных.



Этические вопросы применения ИИ в психотерапии.



Рис.2. - Этические аспекты применения ИИ в психотерапии.

Психотерапия предполагает высокий уровень доверия между клиентом и терапевтом, и любое вмешательство извне, тем более с использованием ИИ, может подвергать эту доверительность риску. Данные, собранные из сессий, могут быть использованы для анализа и улучшения методов лечения, но при этом возникает угроза утечки информации или ее несанкционированного использования [8]. Современные алгоритмы должны учитывать эти риски и обеспечивать безопасность информации, чтобы избежать негативных последствий.

Второй важный аспект — это предвзятость алгоритмов. ИИ обучается на данных, которые могут содержать встроенные предвзятости, что потенциально создает возможность дискриминационных выводов и неправильных диагнозов [9]. Например, если обучающая выборка не репрезентативна, алгоритм может



показывать высокие ошибки в диагнозе, что требует от разработчиков особого внимания к выбору и обработке данных.

Не менее значительной проблемой является вопрос ответственности. Не ясно, кто несет ответственность за ошибки, допущенные ИИ — разработчики, пользователи или система как таковая. Это требует четкого определения ролей и обязательств всех сторон для обеспечения безопасности и надлежащей практики в психотерапии [10]. Недостаточная ясность в этом вопросе может усугубить последствия неправомерного использования ИИ и увеличить риск юридических последствий.

Этические кодексы, разрабатываемые ведущими ИТ-компаниями и исследовательскими учреждениями, также служат важной основой для легитимного использования ИИ. Эти кодексы направлены на то, чтобы установить стандартные практики, которые обеспечат этичное взаимодействие между человеком и машиной [12]. Следует учитывать, что конечная цель внедрения ИИ в психотерапию - это не только улучшение результатов лечения, но и поддержание высоких стандартов этики и взаимопонимания.

Психологические аспекты взаимодействия с ИИ требуют особого внимания. Исследования показывают, что технологии могут влиять на поведение и эмоциональное состояние пользователей, что также может оказывать воздействие на терапевтический процесс [11]. При этом важно учитывать, как пациенты воспринимают взаимодействие с ИИ, и как их опыт может различаться от взаимодействия с человеком. Необходимы дополнительные исследования, призванные глубже понять, как взаимодействие с ИИ влияет на психологическое состояние пациентов.

Наконец, вопрос автономии и самоосознания ИИ находится на переднем крае дискуссии об этических аспектах. Необходимо осознать, какие алгоритмы могут «рефлектировать» над своей деятельностью. Эффективная интеграция



саморефлексии может привести к улучшению работы системы и более корректному подходу к лечению [8]. Умение ИИ корректировать свои ошибки и обучаться на взаимодействии с пользователями может не только повысить эффективность, но и снизить риски, связанные с предвзятостью и неправильными выводами.

Этические вопросы применения ИИ в психотерапии требуют внимательного рассмотрения на всех этапах, от разработки алгоритмов до непосредственного использования средств в практике. Ответственный подход к внедрению технологий способен не только предотвратить потенциальные злоупотребления, но и улучшить качество психотерапевтической помощи.

Внедрение искусственного интеллекта в психотерапию открывает множество возможностей для улучшения доступа и качества терапевтических услуг. Однако эти изменения требуют особого внимания к этическим стандартам использования инновационных технологий. Рекомендации по этичному использованию ИИ в терапии должны включать не только аспекты конфиденциальности и безопасности данных, но и учёт специфики взаимодействия человека и машины.

Первое, что следует учитывать при разработке ИИ-приложений для психотерапии, это обеспечение сохранности данных пользователей. Чаще всего клиенты делятся личной информацией, уязвимой для утечек. Важно внедрять высокие стандарты безопасности, чтобы защитить информацию пациентов. Разработчики должны позаботиться о шифровании данных и их передаче третьим лицам без явного согласия пользователя [6]. Всегда необходимо предоставлять полную и доступную информацию о том, как собираются и обрабатываются данные клиентов.



Рекомендации по этичному использованию ИИ в терапии.



Рис. 3. - Схемы применения и этичного использования ИИ в терапии.

Второй аспект - необходимость получения согласия на использование ИИ-технологий в терапевтических сеансах, особенно если речь идет о детях. Некоторые исследования свидетельствуют о том, что чат-боты могут улучшить коммуникацию и помочь в вербализации эмоций, но важно, чтобы пользователи понимали, что это не традиционная терапия [6]. Прозрачность в отношении того, как работает ИИ, может помочь установить доверие между пользователем и приложением.

Третий аспект касается качества терапии. Искусственный интеллект должен дополнять работу терапевта, а не заменять его. Одна из ключевых рекомендаций — создание гибридных моделей, где ИИ используется для



проведения определенных сеансов или предоставления дополнительных ресурсов, в то время как живой терапевт остается центральной фигурой для более глубокого вмешательства [13]. Это позволит избежать риска, при котором пациенты окажутся в ситуации, когда они полностью полагаются на алгоритмы в решении своих эмоциональных и психологических проблем.

Следующий важный момент - учет специфики культурного контекста. ИИ-программы должны быть адаптированы к различным культурным и социальным условиям. Например, что работает в одной стране или для одной группы людей, может не подойти другим. Объединение различных культурных контекстов в обучении ИИ и проработка этих аспектов в контексте терапии поможет избежать стереотипизации и других недостатков. Это также требует постоянного обратного связи с пользователями для корректировки алгоритмов на основе их отзывов [13].

Также следует следить за тем, как технологии ИИ могут влиять на восприятие психического здоровья обществом. Научные исследования показывают, что использование ИИ может повысить интерес к вопросам психического здоровья и снизить стигматизацию, однако необходимо соотносить эти достижения с рисками, связанными с неправильным пониманием или интерпретацией результатов, выданных ИИ [7]. Сюда также входит необходимость качественной образовательной работы с клиентами, направленной на разъяснение возможностей и ограничений, применяемых ИИ-решений.

Важно также установить междисциплинарное сотрудничество между психологами, разработчиками технологий и этическими экспертами. Это поможет создать более устойчивые и безопасные системы, которые учитывают потребности пользователей и будут соответствовать стандартам психотерапевтической практики. Участие психотерапевтов в процессе



разработки и тестирования программ также является существенным фактором в обеспечении высокого уровня эффективности и профессионализма. Существуют перспективы для созидательного партнёрства между ИИ и специалистами по психическому здоровью, которое может значительно обогатить практику и улучшить результаты терапии [6].

Рекомендации по этичному использованию ИИ в психотерапии подчеркивают важность баланса между инновациями и ответственным подходом к практике. Эти аспекты требуют активного вовлечения сообщества, строгих стандартов и постоянной оценки технологий по мере их развития. Сохранение этических норм и обеспечение безопасности данных пользователей — это основа для построения доверительных отношений между клиентами и ИИ-технологиями в области психического здоровья.

Роль искусственного интеллекта в будущем психотерапии.

Технологическое развитие, в первую очередь в области искусственного интеллекта (ИИ), стремительно меняет ландшафт психотерапии. Разработка новых инструментов позволяет создавать более доступные и персонализированные методы лечения. В частности, использование нейросетей и алгоритмов машинного обучения ведет к значительным изменениям. Эти технологии открывают новые возможности для диагностики и лечения психических расстройств, предоставляя клиентам доступ к терапии в любое время и в любом месте [14].

Различные приложения и чат-боты уже активно используются для поддержки психического здоровья. Они могут отслеживать эмоциональное состояние пользователей и предлагать подходящие стратегии самопомощи. В то же время, психотерапевты все чаще прибегают к использованию программного обеспечения для анализа и интерпретации данных пациентов [15]. Это помогает



специалистам делать более обоснованные Заключение и предлагать индивидуальные планы лечения, основанные на реальных данных о пациентах.

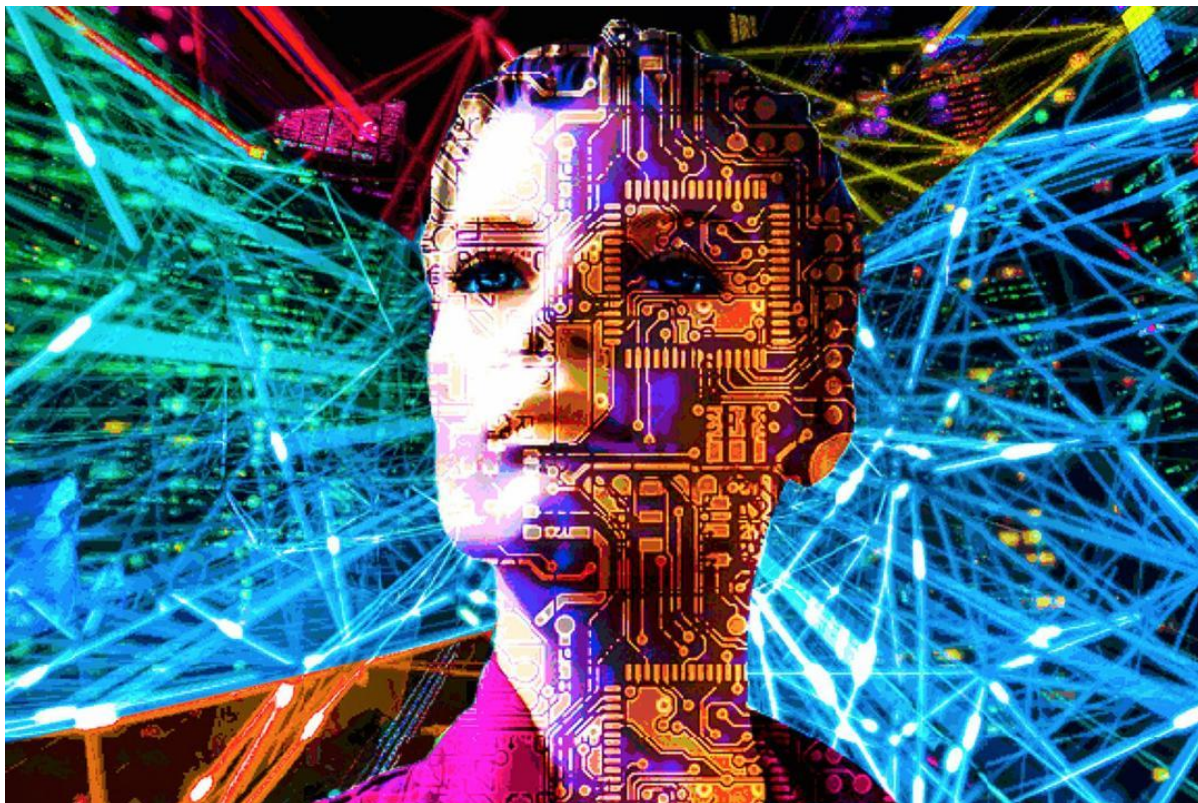


Рис. 4. - Искусственный интеллект в психотерапии:
перспективы и вызовы.

Замена живого общения терапевта ИИ, однако, не представляется возможной. Несмотря на значимые достижения в области технологий, человеческий фактор остается критически важным. Эмпатия, понимание и эмоциональная связь все еще играют ключевую роль в успешной терапии. Необходимо учитывать, что работы, выполняемые ботами, могут дополнять, но не заменять опыт и интуицию профессионала. Важным аспектом использования ИИ является и то, что такие технологии могут привести к снижению качества взаимодействия, что может негативно отразиться на процессе терапии для некоторых клиентов [16].



В рамках традиционной психотерапии часто наблюдается нехватка ресурсов, таких как временные и финансовые затраты, что предоставляет ИИ возможность сыграть свою роль. Ожидается, что в будущем не менее 90% времени клиенты будут работать с программным обеспечением, а только 10% времени будут уделять общению с терапевтом [4]. Это решение может сделать терапию более доступной и эффективной, особенно для людей, которые не могут позволить себе традиционную помощь.

Кроме того, применение ИИ предоставляет новые подходы к диагностике. Например, некоторые нейросети способны анализировать большие объемы данных и выявлять скрытые паттерны в состоянии психического здоровья пациента, что может привести к более точным и ранним диагнозам [17]. Однако это также поднимает вопросы о безопасности конфиденциальных данных и необходимости защиты личной информации клиента.

Вместе с тем, следует исследовать и этические аспекты применения ИИ в психотерапии. Во-первых, алгоритмы могут быть подвержены предвзятости, что влияет на качество рекомендаций, предоставляемых пользователю. Во-вторых, отсутствие личного взаимодействия между клиентом и терапевтом может привести к поверхностному пониманию проблемы. Этические дилеммы касаются также возможности диагностики и лечения без участия квалифицированного специалиста [14].

Применение ИИ в психотерапии демонстрирует значительный потенциал, однако его реализация требует внимательного подхода. Необходимо продолжать исследовать, как такие технологии могут эффективно использоваться в тандеме с традиционными методами терапии, обеспечивая высокое качество и доступность услуги для всех желающих. Придерживаясь этих принципов, можно ожидать, что психотерапия, основанная на ИИ, станет



важным инструментом в области психического здоровья, сочетая в себе современные технологии и человеческие ценности.

Критический анализ влияния ИИ на качество терапии.



Рис. 5. - Иллюстрации использования ИИ в психотерапии и анализ эффективности.

Эффективность терапии, осуществляемой с применением технологий искусственного интеллекта (ИИ), вызывает много споров и требует глубокого анализа. Чат-боты и другие формы цифровой поддержки, стал основными инструментами в руках психотерапевтов, однако вопрос о том, насколько хорошо они способны воспроизводить человеческий подход, остаётся открытым. Например, системы, такие как ChatGPT, могут предоставить пользователям доступ к информации и ресурсам, но их способности в эмоциональном взаимодействии и понимании глубинных проблем пациентов ещё недостаточно развиты [1].

Современные методы ИИ, базирующиеся на машинном обучении, способны обрабатывать большие объемы данных, позволяя выявлять закономерности и предсказывать психологические расстройства на ранних



стадиях. Это может привести к более быстрому и точному диагнозу, что, безусловно, является позитивным моментом в лечении [18]. Тем не менее, искусственный интеллект не способен заменить человеческий эмпатический подход, который часто необходим для успешной терапии. Между тем эффективность терапии сильно зависит от качества взаимодействия терапевта с клиентом, а ИИ в этом плане может добиться только минимального уровня взаимодействия [19].

Поддержка, предоставляемая ИИ, может быть эффективной в ситуациях, где требуется быстрая реакция или помощь в управлении эмоциональными состояниями. Многие пользователи сообщают о положительном влиянии чат-ботов на свою жизнь, что подчеркивает возможность ИИ выступать в роли первого контакта для людей, испытывающих трудности [20]. Однако здесь возникает этическая дилемма: использование ИИ в психотерапии может привести к формированию ложных ожиданий у пользователей относительно успешности таких методов. Неизвестно, каким образом ИИ будет справляться с более сложными случаями, когда требуется глубокая проработка травм и переживаний [4].

Ошибка в алгоритме или отсутствие должного восприятия контекста также могут оказать негативное влияние на пациентскую область. Критические моменты неглубокого анализа данных или неполное понимание пользователем функций ИИ могут привести к неправильной интерпретации ситуации. Это, в свою очередь, влечёт риск, что пациент не получит своевременной помощи или окажется в более сложной ситуации [19]. Следовательно, использование ИИ требует вдумчивого подхода не только со стороны разработчиков, но и тех, кто использует эти технологии в своей практике.

Не менее важным аспектом является влияние ИИ на самих специалистов. Ситуация с заменой психологов ИИ может создать впечатление о понижении



ценности человеческого труда в психологической сфере. Многим терапевтам будет непросто адаптироваться к новым реалиям и конкурировать с инновационными технологиями [4]. Возможно, лучшая стратегия заключается в интеграции ИИ в существующие практики, где технологии будут дополнять, а не заменять человеческий элемент.

Психологическая терапия будущего, возможно, будет сильно отличаться от традиционных методов. Немалую роль в этом процессе сыграет ИИ, который может улучшить точность диагностики, сроки оказания помощи и общее качество терапии, однако его интеграция не будет происходить без трудностей. Психологи, работающие с такими технологиями, должны быть готовы к новым вызовам, включая необходимость постоянного обучения и адаптации к изменяющимся условиям [18].

Таким образом, несмотря на потенциал ИИ как инструмента для улучшения качества психологической помощи, критический подход к его внедрению необходим. Необходимы дальнейшие исследования для более глубокого понимания как возможностей, так и ограничений ИИ в психотерапии, чтобы обеспечивать безопасность и эффективность для всех участников вмешательства.

Заключение

В заключение данной работы можно подвести итоги, касающиеся значимости и многообразия возможностей, которые открывает искусственный интеллект в области психотерапии, а также тех этических вопросов, которые неизбежно возникают в процессе его внедрения. Исследование, проведенное в рамках данного проекта, показало, что ИИ способен значительно улучшить качество психотерапевтической помощи, предоставляя новые инструменты для диагностики, мониторинга и поддержки пациентов. Однако, несмотря на все



преимущества, использование ИИ в психотерапии требует внимательного и взвешенного подхода, особенно в контексте этических норм и стандартов.

Литературный обзор, проведенный в рамках работы, продемонстрировал, что исследования в области ИИ и психотерапии активно развиваются, и существует множество примеров успешного применения ИИ-продуктов. Эти технологии могут адаптироваться под индивидуальные особенности пациентов, что позволяет создавать более персонализированные подходы к лечению. Однако, несмотря на это, необходимо учитывать, что ИИ не может полностью заменить человеческий фактор в психотерапии. Эмпатия, понимание и человеческое взаимодействие остаются ключевыми аспектами успешного лечения, и ИИ должен рассматриваться как вспомогательный инструмент, а не как замена психотерапевту.

Анализ существующих ИИ-продуктов для терапии показал, что многие из них уже активно используются в практике, однако их эффективность и безопасность требуют дальнейшего изучения. Важно отметить, что не все ИИ-продукты одинаково подходят для всех категорий пациентов, особенно для уязвимых групп, таких как подростки. В этом контексте необходимо разработать четкие рекомендации по этичному использованию ИИ, которые учитывали бы особенности различных групп пациентов и обеспечивали бы защиту их прав и интересов.

Этические вопросы, связанные с использованием ИИ в психотерапии, являются одной из самых актуальных тем, требующих глубокого анализа. Конфиденциальность данных, степень доверия к ИИ, а также возможные риски для здоровья пациентов — все это требует особого внимания со стороны исследователей, практиков и регуляторов. Важно, чтобы разработка и внедрение ИИ-продуктов в психотерапию сопровождалась строгими этическими



стандартами, которые обеспечивали бы защиту прав пациентов и минимизировали потенциальные риски.

В рамках работы также были предложены рекомендации по этичному и эффективному использованию ИИ в психотерапии. Эти рекомендации включают необходимость создания прозрачных механизмов работы ИИ, обеспечения конфиденциальности данных, а также активного вовлечения пациентов в процесс лечения. Кроме того, важно проводить регулярные оценки эффективности ИИ-продуктов и их влияние на качество терапии, чтобы гарантировать, что они действительно приносят пользу пациентам.

Рассматривая роль искусственного интеллекта в будущем психотерапии, можно с уверенностью сказать, что ИИ будет играть все более значимую роль в этой области. Однако для того чтобы это произошло, необходимо преодолеть существующие барьеры и предвзятости, а также обеспечить, чтобы технологии использовались этично и ответственно. Важно, чтобы психотерапевты и специалисты в области ИИ работали в тесном сотрудничестве, создавая новые подходы и решения, которые будут соответствовать потребностям пациентов и обеспечивать высокое качество психотерапевтической помощи.

Критический анализ влияния ИИ на качество терапии также подчеркивает необходимость дальнейших исследований в этой области. Необходимо учитывать как положительные, так и отрицательные аспекты использования ИИ в психотерапии, чтобы обеспечить сбалансированный подход к внедрению новых технологий. В конечном итоге, успех применения ИИ в психотерапии будет зависеть от того, насколько хорошо мы сможем интегрировать эти технологии в существующие практики, сохраняя при этом основные ценности и принципы психотерапевтической помощи.

Таким образом, работа, посвященная исследованию роли искусственного интеллекта в психотерапии, подчеркивает как огромные возможности, так и



серьезные вызовы, связанные с его использованием. Важно продолжать исследовать эту тему, развивать этические стандарты и обеспечивать, чтобы технологии служили на благо пациентов, улучшая качество их жизни и психического здоровья.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Ментальное Здоровье и ИИ: как ChatGPT меняет Игру... [Электронный ресурс] // habr.com - Режим доступа: <https://habr.com/ru/companies/yanorm/articles/779422/>, свободный. - Загл. с экрана
2. Использование искусственного интеллекта в [Электронный ресурс] // libeldoc.bsuir.by - Режим доступа: https://libeldoc.bsuir.by/bitstream/123456789/53862/1/radchenko_ispolzovanie.pdf, свободный. - Загл. с экрана
3. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения // Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022.
4. Искусственный интеллект в психологии: проблемы и способы... [Электронный ресурс] // skillbox.ru - Режим доступа: <https://skillbox.ru/media/code/psikhoterapiya-v-kazhdyu-dom-kak-iskusstvennyu-intellekt-lechit-zhivye-dushi/>, свободный. - Загл. с экрана
5. Потенциал применения технологий [Электронный ресурс] // systempsychology.ru - Режим доступа: <https://systempsychology.ru/j-rus/vol46/t46ar5.pdf>, свободный. - Загл. с экрана
6. Нейросеть ChatGPT в роли психолога: личный опыт AI-терапии [Электронный ресурс] // journal.tinkoff.ru - Режим доступа: <https://journal.tinkoff.ru/chatgpt-psychologist/>, свободный. - Загл. с экрана



7. Искусственный интеллект для психологов: 23 варианта... | Дзен [Электронный ресурс] // dzen.ru - Режим доступа: <https://dzen.ru/a/zbdcyztxojd9ig-b>, свободный. - Загл. с экрана

8. Этические аспекты использования искусственного интеллекта [Электронный ресурс] // spravochnick.ru - Режим доступа: https://spravochnick.ru/informacionnye_tehnologii/eticheskie_aspekty_ispolzovaniya_iskusstvennogo_intellekta/, свободный. - Загл. с экрана

9. Этика использования искусственного интеллекта... | Дзен [Электронный ресурс] - Режим доступа: свободный. - Загл. с экрана

10. Урок 9: «Этика использования нейросетей» - AI на vc.ru [Электронный ресурс] // vc.ru - Режим доступа: <https://vc.ru/ai/1659151-urok-9-etika-ispolzovaniya-neirosetei>, свободный. - Загл. с экрана

11. Психологические аспекты взаимодействия человека... [Электронный ресурс] // www.b17.ru - Режим доступа: <https://www.b17.ru/article/485722/>, свободный. - Загл. с экрана

12. Этичное использование искусственного интеллекта... [Электронный ресурс] // falconediting.com - Режим доступа: <https://falconediting.com/ru/blog/etichnoe-ispolzovanie-iskusstvennogo-intellekta-v-issledovaniiah/>, свободный. - Загл. с экрана

13. Искусственный интеллект в психотерапии: как ИИ... [Электронный ресурс] // www.kommersant.ru - Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/6774969>, свободный. - Загл. с экрана

14. Искусственный интеллект вместо психотерапевта. Будущее... [Электронный ресурс] // www.b17.ru - Режим доступа: <https://www.b17.ru/article/469328/>, свободный. - Загл. с экрана

15. ИИ заменит психологов: новая эра ментального здоровья... [Электронный ресурс] // vc.ru - Режим доступа: <https://vc.ru/ai/1457380-ii->



zamenit-psihologov-novaya-era-mentalnogo-zdorovya-ili-pustoi-haip, свободный. -
Загл. с экрана

16. Нейросети в психотерапии: технологии будущего... [Электронный ресурс] // companies.rbc.ru - Режим доступа: <https://companies.rbc.ru/news/trlvuxwjeg/nejroseti-v-psihoterapii-tehnologii-buduschego-ili-suschestvuyuschaya-realnost/>, свободный. - Загл. с экрана

17. Как нейросети переворачивают будущее психотерапии — DTF [Электронный ресурс] // dtf.ru - Режим доступа: <https://dtf.ru/u/687513-psybot-cbt/1839519-kak-neiroseti-perevorachivayut-budushee-psihoterapii>, свободный. - Загл. с экрана

18. Влияние искусственного интеллекта на развитие психологии [Электронный ресурс] // www.b17.ru - Режим доступа: <https://www.b17.ru/blog/409312/>, свободный. - Загл. с экрана

19. Акименко Г.В. Клиповое мышление как фактор изменения образовательных технологий в современной высшей школе // Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина, А.М. Селедцов, А.С. Яковлев // В сборнике: Современный культурно-социальный контекст и проблемы медицинского образования. материалы II Международной научно-практической конференции. 2023. С. 5-16.

20. Искусственный интеллект в психотерапии: польза или вред... [Электронный ресурс] // www.psychologies.ru - Режим доступа: <https://www.psychologies.ru/wellbeing/iskusstvennyi-intellekt-v-psikhoterapii-polza-ili-vred-mnenie-psikhologov/>, свободный. - Загл. с экран



ФЕНОМЕН ТРЕВОГИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Холзенева Е. Я.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к. психол. н., доцент Янко Е. В.

Аннотация. В данной работе представлены точки зрения на тревогу как отечественных, так и зарубежных авторов. Анализ направлен на выявление общих черт и различий в их концепциях, подчеркивая влияние культурных и исторических факторов на формирование теоретических представлений о тревоге.

Ключевые слова: тревога, тревожность, тревожное расстройство, психическая адаптация, психология, стресс.

THE PHENOMENON OF ANXIETY IN DOMESTIC AND FOREIGN PSYCHOLOGY

Kholzeneva E. Ya.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific Supervisor - PhD in Psychology, Associate Professor Yanko E.V.

Abstract. This paper presents the points of view on anxiety of both domestic and foreign authors. The analysis aims to identify common features and differences in their concepts, emphasizing the influence of cultural and historical factors on the formation of theoretical ideas about anxiety.

Keywords: anxiety, anxiety, anxiety disorder, mental adaptation, psychology, stress.



Тревога - это сложное и многоаспектное явление, имеющее большое значение в психологии. Она затрагивает множество аспектов человеческой жизни, начиная от эмоционального состояния и заканчивая процессами мышления и восприятия.

Тревога может проявляться как реакция на стрессовые или неопределенные ситуации, такие как проблемы на учебе, работе, межличностные конфликты, жизненные изменения или угрозы, как физического, так и психологического характера. При этом тревога не всегда имеет четкие границы: порой она перерастает в хроническое состояние, сопровождающее человека на протяжении длительного времени и оказывающее негативное влияние на качество жизни во многих аспектах. Однако тревога также может выступать как проявление внутренних конфликтов, отражая противоречия между желаниями, потребностями и социальными нормами. В этом контексте тревога становится не только состоянием, с которым необходимо работать, но и источником информации, указывающим на потребность в изменениях или разрешении внутренних противоречий.

Таким образом, она выполняет важную функцию как защитный механизм, помогая человеку распознавать угрозы и адаптироваться к непростым ситуациям. Разнообразие подходов к пониманию тревоги в психологии достаточно велико. Различные психологи и исследователи предлагают свои трактовки этого феномена, что позволяет увидеть его с разных сторон. Например, некоторые акцентируют внимание на психоаналитических аспектах тревоги, а другие — на когнитивных и поведенческих механизмах, третьи — на влиянии социокультурных факторов.

В данной работе будет рассмотрено понимание тревоги у таких значимых персоналий, как Зигмунд Фрейд и Карл Юнг, которые являются представителями психоанализа, а также Аарон Бек, основной последователь



когнитивной терапии. Эти отечественные исследователи будут дополнены такими фигурами, как Виктор Короленко, Лев Выготский и Александр Лурия, которые активно исследовали влияние социального контекста и культурных факторов на психические состояния. Анализ подходов этих шести личностей даст возможность не только глубже понять природу тревоги, но и выявить ее многообразные аспекты, в том числе внутренние конфликты и социальные влияния. В конце концов, понимание тревоги как феномена требует многостороннего подхода, что очень важно как для научного исследования, так и для практических применений в области психотерапии и психоанализа.

Для начала рассмотрим представление тревоги в западной психологии.

Так, например, Зигмунд Шломо Фрейд, основатель психоанализа, описывал тревогу как результат внутреннего конфликта между различными структурами личности - «Эго», «Суперэго» и «Ид».

-Эго: принцип реальности;

-Суперэго: принцип морали;

-Ид: принцип удовольствия.

Он выделял три основных типа тревоги:

1. Реалистическая тревога: возникает при наличии реальной угрозы со стороны внешнего мира.

2. Нейротическая тревога: связана с внутренними конфликтами и страхом, что неосознанные импульсы и желания будут проявлены.

3. Моральная тревога: возникает, когда индивид испытывает страх перед наказанием за свои моральные нарушения.

Фрейд отмечал: «Тревога являет собой сигнал о том, что Ид поднимается, и Эго не может это подавить» [4].



Для Фрейда тревога служит важным сигналом о внутреннем конфликте и играет роль регулятора поведения, помогая личности адаптироваться к требованиям и условиям окружающей среды [5].

Несколько иной подход имел Карл Густав Юнг, ученик Фрейда, он предложил большую глубину в понимании тревоги, акцентируя внимание на бессознательных аспектах личности. Для Юнга тревога — это не только негативное состояние, но и сигнал, который указывает на необходимость интеграции различных частей личности. Он утверждал: «Тревога всегда связана с тем, что мы отказываемся знать о себе» [2. С.47]. Эта идея подчеркивает необходимость осознания теневых аспектов личности для достижения целостности.

К.Г. Юнг также хорошо осознавал динамику тревоги в контексте архетипов и коллективного бессознательного. Он считал, что тревога может возникать, когда индивид не воспринимает и не понимает своих внутренних конфликтов. Таким образом, течение тревоги ведет к большему самосознанию и развитию личности [6].

Так же Аарон Темкин Бек, основатель когнитивной терапии, предложил иной взгляд на тревогу, акцентируя внимание на роли негативных автоматических мыслей. Он полагал, что тревога возникает из-за искаженного восприятия реальности. Бек подчеркивает: «Мы не можем контролировать ситуации, но можем контролировать свои мысли о них» [стр.154]. Он выделяет различные когнитивные искажения, такие как катастрофизация, которые способствуют развитию тревожных состояний.

Когнитивная терапия, разработанная Бекком, направлена на изменение этих искажений, что позволяет людям справляться с тревожностью более эффективно. Это важно, поскольку восприятие угрозы как чрезмерной и непропорциональной может усиливать внутреннее беспокойство [1].



В отечественной психологии проблемы тревоги рассмотрены достаточно широко.

В данной работе хотелось бы обратить внимание на точку зрения Цезаря Петровича Короленко. Советский психолог и психотерапевт, рассматривал тревогу как социально обусловленное явление. Он подчеркивал, что тревога возникает из-за социокультурных факторов и взаимосвязей между людьми. Короленко утверждал: «Тревога - это не просто индивидуальная реакция, но и реакция, связанная с опытом взаимодействия с окружающими, с социальной средой» [стр.67]. Его подход акцентирует внимание на взаимозависимости между личностью и ее окружением.

Короленко считал, что тревога может быть следствием социальной изоляции и отсутствия поддержки. Таким образом, лечение тревоги должно включать работу над социальными связями и понимание их роли в жизни человека [3].

Еще один подход рассматривал Лев Семенович Выготский, один из основоположников культурно-исторической психологии, рассматривал тревогу как продукт социального взаимодействия и культурного контекста. Он писал: «Не сам страх, а социальные контексты, в которых он возникает, формируют нашу тревогу» [стр.99]. Выготский подчеркивал, что тревога является результатом конфликтов между внутренними условиями и внешней средой.

По его мнению, тревога может служить как негативным, так и позитивным сигналом для личностного роста. Она побуждает человека к действиям, которые направлены на разрешение внутренних конфликтов и гармонизацию взаимодействия с окружающей средой [2].

Александр Романович Лурия, советский нейропсихолог тоже не обделил вниманием эту проблему. Он предлагал интегративный подход к пониманию



тревоги, рассматривая ее как следствие нарушения функций высшей нервной деятельности. Он говорил: «Тревога может быть указанием на нарушения в системе когнитивных и эмоциональных процессов» [2. С.75]. Таким образом, тревога воспринимается Лурием как симптом, который может сигнализировать о проблемах в психическом функционировании.

Лурий выделял роль социальных отношений и личного опыта в формировании тревоги, утверждая, что тревога может быть как адаптивным механизмом, так и признаком дисфункциональности. Понимание тревоги требует учета как нейрофизиологического, так и социального контекста [4].

Между западными и отечественными подходами есть некоторые различия.

Например, в западной психологии традиционно в психодинамических теориях как основу возникновения тревожных расстройств рассматриваются внутриличностные процессы. Зигмунд Фрейд утверждает, что тревога возникает из конфликтов между инстинктивными желаниями и моральными нормами, определяемыми структурами «ид» и «суперэго». По его мнению, «тревога — это сигнал, который указывает на подавление желания. Карл Юнг предлагает более комплексный подход, который включает концепцию архетипов и тени. Он подчеркивает, что «наша тревога может быть следствием подавленных аспектов нашей личности», которые требуют интеграции для достижения психологического равновесия. Аарон Бек, как основатель когнитивной терапии, акцентирует внимание на искаженных мыслительных паттернах, заявляя, что «пессимистическое восприятие окружающего мира является катализатором для тревожных состояний». Эта точка зрения также подчеркивает важность внутренних механизмов, влияющих на возникновение тревоги. И это безусловно верно, потому что не все люди болеют, поэтому необходимо учитывать внутренние механизмы, способствующие возникновению тревожных расстройств.



В отечественной психологии акцент смещается на социальную реальность взаимодействия человека с окружающей средой. Цезарь Короленко поднимает тему влияния социокультурных условий, утверждая, что «психическое состояние личности в значительной степени определяется тем, в каком сообществе она живёт». Лев Выготский, выделяя социальные аспекты, подчеркивает, что «человеческое развитие и эмоции не могут быть поняты вне контекста социокультурной среды». Александр Лурия подчеркивает нейропсихологические аспекты, утверждая, что «тревога может быть показателем нарушений в системе когнитивных и эмоциональных процессов, связанных с внешней средой».

Таким образом, в отечественной психологии уклон сделан в большей степени на социальную реальность взаимодействия человека с социальной средой через такие понятия, как адаптация, стресс, удовлетворение актуальных потребностей. Средовое воздействие может влиять остро и длительно, вызывая хронические состояния тревоги. Нельзя сказать, что полностью не учитываются и личностные факторы. Безусловно, существует представление о тех или иных предрасположенностях, чертах и особенностях личностей, склонных к неврозам. Такие черты, как высокая степень тревожности или перфекционизм, могут способствовать возникновению тревожных расстройств, но в совокупности они взаимодействуют с социальными условиями, создавая сложную картину психического здоровья.

Феномен тревоги в психологии представляет собой сложное и многогранное явление, которое изучается как в отечественной, так и в зарубежной психологии. В ходе анализа подходов таких психологов, как Зигмунд Фрейд, Карл Юнг и Аарон Бек в зарубежной традиции, а также Виктор Короленко, Лев Выготский и Александр Лурия в отечественной, можно выделить как общие, так и различные аспекты в понимании тревоги. Каждый из



рассмотренных авторов предлагает уникальные интерпретации, подчеркивая значимость как индивидуальных, так и социальных факторов, влияющих на возникновение и проявление тревоги.

Таким образом, общие черты и различия в их подходах не только создают более полное представление о тревоге как феномене, но и демонстрируют необходимость интегрированного подхода для успешной диагностики и терапии. Это подразумевает, что эффективное лечение тревожных состояний должно учитывать как внутренние конфликты и стрессы, так и влияние социокультурных и межличностных факторов. В свете современных реалий, таких как рост социальной тревожности и стресса в условиях глобализации и технологических изменений, исследование тревоги становится не только актуальным, но и крайне необходимым для обеспечения психического здоровья общества. Таким образом, важно продолжать углублять исследования в этой области, что позволит более эффективно разрабатывать инновационные терапевтические подходы и стратегии преодоления тревожного состояния.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Бек, А. Т. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: Harper & Row, 1970. С. 112-141.
2. Выготский, Л. С. Мышление и речь. М.: Просвещение, 1982. С. 47-102.
3. Короленко, Ц. Психология и общество. СПб.: Речь, 1998. С. 54-83.
4. Лурия, А. Р. Основы нейропсихологии. М.: Наука, 1975. С. 62-113.
5. Фрейд, З. Торможение, симптом и тревога. Стандартное издание, 1988. С. 87-172.
6. Юнг, К. (1991). Психология и религия. М.: Московский рабочий, 1991. С. 37-85.



**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ
РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

Хорошилова Д. В.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – Яковлев А. С.

Аннотация. Цель данной работы заключается в изучении основных проблем клинической психологии и выделении наиболее приоритетных направлений ее развития. В работе приводятся рекомендации, выполнение которых позволит упростить решение всех существующих проблем в данной отрасли. Отмечается, что расширение возможностей клинической психологии позволяет расширить ее перспективы в современном мире. В заключение работы делается вывод о том, что клиническая психология в настоящее время играет одну из ключевых ролей при решении определенного круга задач и, находя решения существующих проблем, постепенно расширяя сферу своего воздействия.

Ключевые слова: клиническая психология, компьютерные технологии, психосоматика, психолог, патология, норма, методология.

**CONTEMPORARY PROBLEMS AND PROSPECTS OF DEVELOPMENT
OF CLINICAL PSYCHOLOGY. LITERATURE REVIEW**

Khoroshilova D.V.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University Ministry of Health of Russia,

Kemerovo, Russia

Scientific supervisor – Yakovlev A.S.



Abstract. The purpose of this work is to study the main problems of clinical psychology and identify the most priority areas of its development. The work provides recommendations, the implementation of which will simplify the solution of all existing problems in this industry. It is noted that the expansion of the capabilities of clinical psychology allows expanding its prospects in the modern world. In conclusion, the work concludes that clinical psychology currently plays one of the key roles in solving a certain range of problems and, finding solutions to existing problems, gradually expanding the scope of its influence.

Keywords: clinical psychology, computer technology, psychosomatics, psychologist, pathology, norm, methodology.

В современном мире всё больше людей нуждается в комплексных и глубоких психологических услугах. С каждым днём увеличивается количество людей, которые страдают от различных психологических и невротических расстройств и нуждаются в профессиональной помощи. Внешние факторы, такие как миграция, военные конфликты, экономические санкции и другие, оказывают всё более сильное влияние на психическое здоровье людей. В будущем это приведёт к значительному увеличению числа людей, нуждающихся в психологической помощи. В связи с этим растёт спрос на специалистов в области клинической психологии, что укрепляет позиции этой области в современном мире [9].

Объекты и методы исследования

Объектом данного исследования являются пациенты с различными психологическими расстройствами, которые обращаются за помощью к специалистам в области психического здоровья. Предметом исследования выступает влияние различных терапевтических подходов на психическое здоровье этих пациентов, что позволяет глубже понять, как различные методы



могут способствовать улучшению состояния и качества жизни людей, страдающих от психологических проблем.

Результаты и их обсуждения

Проблемы диагностики. Недостаточная точность диагностики психических расстройств является одной из наиболее актуальных проблем в области клинической психологии и психиатрии. В последние десятилетия наблюдается рост интереса к психическому здоровью, однако многие аспекты диагностики остаются недостаточно разработанными. Это связано с множеством факторов, включая сложность самих расстройств, разнообразие их проявлений и влияние субъективных факторов на процесс диагностики. Одной из основных причин недостаточной точности диагностики является отсутствие четких и универсальных критериев для определения психических расстройств. Современные классификационные системы, такие как DSM-5 и ICD-10, предоставляют общие рамки для диагностики, однако они не всегда учитывают индивидуальные особенности пациента. Это может приводить к тому, что одни и те же симптомы могут интерпретироваться по-разному в зависимости от контекста, что затрудняет установление точного диагноза. Субъективность в оценке состояния пациента также играет значительную роль в процессе диагностики. Врач, основываясь на собственном опыте и интуиции, может сделать Заключение, которые не всегда соответствуют реальному состоянию пациента. Это может быть связано с предвзятостью или недостатком информации о пациенте. Важно отметить, что многие пациенты могут не осознавать или не сообщать о своих симптомах, что дополнительно усложняет диагностику.

Проблема определения границ нормы и патологии в психологии и психиатрии является одной из самых сложных и актуальных в клинической практике. Нормативные критерии, которые используются для оценки



психического здоровья, часто оказываются размытыми и субъективными. Это связано с тем, что психическое здоровье не является статичным состоянием, а представляет собой динамический процесс, который зависит от множества факторов, включая культурные, социальные и индивидуальные особенности.

Одной из ключевых трудностей в определении границ нормы и патологии является разнообразие проявлений психических расстройств. Например, одни и те же симптомы могут свидетельствовать о различных расстройствах в зависимости от контекста. Человек, испытывающий тревогу, может быть в норме в одной ситуации, но при этом страдать от тревожного расстройства в другой. Это подчеркивает важность контекстуального подхода к оценке психического состояния.

В дополнение к этим факторам, следует учитывать и биологические аспекты. Генетические предрасположенности, нейрохимические изменения и другие физиологические факторы могут влиять на развитие психических расстройств. Однако, несмотря на достижения в области нейробиологии, понимание этих процессов остается ограниченным. Это также затрудняет четкое разделение между нормой и патологией.

Для решения проблемы определения границ нормы и патологии необходимо развивать многоуровневый подход, который учитывает биологические, психологические и социальные факторы. Такой подход позволит более точно оценивать психическое здоровье и разрабатывать индивидуализированные методы лечения. Кроме того, важно проводить научные исследования, направленные на изучение различных аспектов психического здоровья, чтобы улучшить понимание и диагностику психических расстройств.

Проблемы лечения. Недостаточная эффективность традиционных методов лечения психологических расстройств является одной из наиболее актуальных проблем в области клинической психологии. В последние десятилетия



наблюдается рост числа пациентов, страдающих от различных психических заболеваний, таких как депрессия, тревожные расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство и многие другие. Несмотря на наличие множества терапевтических подходов, традиционные методы лечения, такие как психотерапия и медикаментозная терапия, не всегда обеспечивают желаемые результаты.

Одной из причин недостаточной эффективности традиционных методов является индивидуальная природа психических расстройств. Каждый пациент уникален, и его проблемы могут быть обусловлены множеством факторов, включая биологические, психологические и социальные аспекты. Это делает универсальные подходы к лечению менее эффективными. Например, стандартные схемы медикаментозной терапии могут не учитывать индивидуальные особенности пациента, такие как генетическая предрасположенность, сопутствующие заболевания или личные переживания. В результате, пациенты могут не реагировать на лечение или испытывать серьезные побочные эффекты.

Кроме того, традиционные методы лечения часто фокусируются на симптомах, а не на причинах психических расстройств. Психотерапия, основанная на когнитивно-поведенческом подходе, может помочь пациентам изменить негативные мысли и поведение, но не всегда прорабатывает глубинные психологические травмы или эмоциональные блоки. Это может привести к временным улучшениям, но не решает основную проблему, что в конечном итоге может привести к рецидиву.

Не менее важным аспектом является стигматизация психических расстройств в обществе. Многие пациенты стесняются обращаться за помощью или не верят в эффективность лечения, что может привести к запущенности их



состояния. Это также создает барьер для внедрения новых методов и подходов в клиническую практику.

В последние годы наблюдается рост интереса к альтернативным и интегративным методам лечения, таким как арт-терапия, музыкотерапия, йога и медитация. Эти подходы могут дополнять традиционные методы и обеспечивать более комплексный подход к лечению. Однако их эффективность также требует дальнейшего изучения и научного обоснования.

Отсутствие персонализированного подхода к пациентам в клинической психологии является одной из актуальных проблем, с которой сталкиваются специалисты в данной области. Традиционные методы лечения часто основываются на универсальных протоколах и стандартизированных подходах, что может не учитывать индивидуальные особенности каждого пациента. Это приводит к тому, что терапия оказывается менее эффективной, чем могла бы быть, поскольку не учитываются уникальные жизненные обстоятельства, эмоциональные состояния и психологические потребности человека.

Персонализированный подход подразумевает, что лечение должно быть адаптировано к конкретному пациенту, его истории болезни, характеру расстройства и личным предпочтениям. Например, два пациента с одинаковым диагнозом могут иметь совершенно разные причины и проявления своего состояния. Один может страдать от тревожного расстройства, вызванного травматическим опытом, в то время как другой может испытывать подобные симптомы из-за генетической предрасположенности. Игнорирование этих различий может привести к неэффективности терапии и даже ухудшению состояния пациента.

Клинические наблюдения показывают, что пациенты, получающие персонализированное лечение, чаще демонстрируют положительные результаты. Это связано с тем, что такие подходы учитывают не только



ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ XXI ВЕКА:

первые шаги в науку
и практику



симптомы, но и эмоциональные, социальные и культурные аспекты жизни пациента. Например, использование методов, основанных на когнитивно-поведенческой терапии, может быть более эффективным для одного пациента, в то время как другой может лучше реагировать на психодинамическую терапию. Важно, чтобы терапевты имели возможность адаптировать свои методы в зависимости от индивидуальных потребностей пациента.

Кроме того, недостаток персонализированного подхода может привести к тому, что пациенты чувствуют себя недопонятыми и не услышанными. Это может вызвать у них недоверие к специалистам и снизить мотивацию к лечению. Эмпатия и понимание со стороны терапевта играют ключевую роль в процессе выздоровления. Когда пациент ощущает, что его индивидуальные переживания и чувства принимаются во внимание, он становится более открытым к сотрудничеству и активному участию в своем лечении.

Важным аспектом персонализированного подхода является использование современных технологий и методов сбора данных. Например, анкетирование и регулярные оценки состояния пациента могут помочь специалистам лучше понять его потребности и адаптировать терапию. Это также может включать использование мобильных приложений для мониторинга симптомов и настроения, что позволяет пациентам более активно участвовать в процессе лечения.

Проблемы стигматизации. Страх и предвзятость в обществе по отношению к психическим расстройствам остаются актуальными проблемами, которые требуют внимания и понимания. Одной из основных причин страха перед психическими расстройствами является недостаток информации. Многие люди не понимают, что такое психическое заболевание, как оно проявляется и как его можно лечить. Это незнание порождает страх перед тем, что они не могут контролировать или понять. В результате люди начинают ассоциировать



психические расстройства с опасностью, что приводит к изоляции и отторжению тех, кто страдает от таких заболеваний.

Стереотипы о психических расстройствах также играют значительную роль в формировании общественного мнения. Часто в медиа и кино психически больные персонажи изображаются как агрессивные или непредсказуемые, что усиливает страх и предвзятость. Эти негативные образы закрепляются в сознании общества и влияют на восприятие реальных людей с психическими расстройствами. В результате, многие из них сталкиваются с трудностями в поиске работы, построении отношений и получении медицинской помощи.

Стигматизация людей с психическими расстройствами может иметь серьезные последствия для их психического здоровья. Страх быть осужденным или отвергнутым часто мешает людям обращаться за помощью. Они могут скрывать свои проблемы, что усугубляет их состояние и затрудняет процесс выздоровления. Кроме того, стигматизация может привести к социальной изоляции, что, в свою очередь, увеличивает риск депрессии и других психических заболеваний.

Также необходимо развивать поддержку для людей с психическими расстройствами. Создание безопасной и принимающей среды, где они могут открыто говорить о своих проблемах, является важным шагом к снижению стигматизации. Поддержка со стороны семьи, друзей и сообщества может сыграть решающую роль в процессе выздоровления. Психологическая помощь и терапия также могут помочь людям справиться с внутренними конфликтами и страхами, связанными с их состоянием.

Заключение

В современном мире клиническая психология занимает важное место в обществе. Это связано с растущим интересом людей к этой области знаний. Они обращаются к специалистам за консультациями и лечением. Это подчёркивает



растущую популярность клинической психологии. Для относительно молодой науки такое внимание - серьёзный вызов. Особенно учитывая, сколько проблем сейчас существует в этой области. Поэтому разработка методов решения этих проблем - одно из главных направлений исследований в клинической психологии. Это поможет улучшить перспективы развития этой науки в современном мире.

Проведенное исследование подтвердило, что актуальные проблемы клинической психологии требуют комплексного подхода и внимательного анализа. Использование различных методов исследования, таких как клинические наблюдения, анкетирование и статистический анализ, позволило получить ценные данные, которые могут быть использованы для улучшения практики и повышения качества лечения. Важно продолжать работу в этом направлении, чтобы обеспечить пациентам с психологическими расстройствами необходимую помощь и поддержку, а также способствовать развитию клинической психологии как науки и практики.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Дериш Ф.В. Будущее клинической психологии – 2022: материалы XVI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Пермь: Пермский государственный национальный исследовательский университет, 2022. 106 с.
2. Александрова Н.В. Клиническая психология: уч. пос. для студентов направления подготовки высшего образования – бакалавриата «Специальное (дефектологическое) образование», профилей «Специальная психология», «Логопедия». Омск: Изд-во ОмГА, 2017. 228 с.
3. Павлова Е.В. Методология исследования в клинической психологии: сборник учебно-методических материалов. Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. 27 с.



4. Шмыков В.И. Клиническая психология – проблемы или перспективы // Гуманитарные исследования. Педагогика и психология. 2020. № 3. С. 102-108.
5. Зверева Н.В. Клиническая психология 21 века: методология, теория, практика. Научное издание. Коллективная монография / Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина. М.: ФГБНУ НЦПЗ, 2023. 584 с.
6. Абдуллин А. Г. «Образ Я» как предмет исследования в зарубежной и отечественной психологии / А.Г. Абдуллин, Е.Р. Тумбасова // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология, 2012. № 6 (265). С. 4 - 11.
7. Жуковская Л.В., Трошихина Е.Г. Шкала психологического благополучия К. Рифф // Психологический журнал. 2011. Т.32. №2. С. 82-93.
8. Алёхин А. Н. О предмете медицинской психологии. Исторический аспект // Известия РГПУ Алёхин А. Н. им. А. И. Герцена. 2009. № 100. С. 87-96.
9. Арт-терапия в условиях современных вызовов // Акименко Г.В., Белеза Е.В., Бергер Р., Боровикова З.В., Головкин О.В., Голоденко О.Н., Гукина Л.В., Зыкова С.О., Иванова А.В., Изосимова С.А., Карпендейл М.Д., Капица А.А., Кара Ж.Ю., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Кувшинов Д.Ю., Кутлер К.А., Ладущкин С.И., Лопатин А.А., МакНифф Ш. и др. Москва, 2023.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ СИНДРОМА
ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ
У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Худякова М. Д.

*Кафедра клинической психологии и педагогики с курсом ПО
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Россия, г. Красноярск
Научный руководитель - Сенченко Г. В.*

Аннотация. В статье рассматривается определение сущности эмоционального выгорания и ключевые факторы, способствующие развитию



этого состояния. Уделяется внимание специфическим факторам выгорания у медицинских работников, включая профессиональные и личные аспекты, которые оказывают значительное влияние на их эмоциональное состояние. Также кратко рассматриваются методы профилактики выгорания у медицинских работников. В результате подчеркивается важность комплексного подхода к решению проблемы выгорания в медицинской сфере.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, профессиональное выгорание, медицинские работники

THEORETICAL ASPECTS OF THE PROBLEM OF BURNOUT SYNDROME IN MEDICAL PROFESSIONALS

Khudyakova M. D.

Department of Clinical Psychology and Pedagogy

Krasnoyarsk State Medical University

named after Professor V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia

Scientific supervisor - G. V. Senchenko.

Abstract. The article discusses the definition of the essence of emotional burnout and the key factors contributing to the development of this condition. Attention is paid to the specific factors of burnout in medical professionals, including professional and personal aspects that have a significant impact on their emotional state. The methods of burnout prevention in medical workers are also briefly considered. As a result, the importance of an integrated approach to solving the problem of burnout in the medical field is emphasized.

Keywords: Emotional burnout, professional burnout, medical workers



Введение

По определению Всемирной организации здравоохранения, эмоциональное выгорание (профессиональное выгорание) — это синдром, возникающий в результате хронического стресса на работе, с которым работник не способен адекватно справиться.

К эмоциональному выгоранию больше всего склонны представители профессий, связанных с коммуникацией, в том числе медицинский персонал. Высокий уровень стресса, эмоциональные перегрузки, ответственность за принятие решений относительно физического здоровья пациентов – всё это особенности профессии медработников, приводящие к эмоциональному выгоранию.

Распространенность эмоционального выгорания среди медработников в России имеет широкий размах – от 4,2 до 96,7 %, в зависимости от профиля, специализации и методик диагностики. [10] Общий показатель распространенности выгорания, диагностированного с помощью методики Маслач, равен 61%. Это согласуется и с зарубежными исследованиями. [10] В ходе исследований, сравнивающих частоту эмоционального выгорания между врачами и контрольной выборкой населения в США, наблюдается частота симптомов эмоционального выгорания в 37,9% случаев у врачей по сравнению с 27,8% в контрольной популяции. Совокупная общая распространенность эмоционального выгорания составила 52%. Совокупное эмоциональное истощение, деперсонализация и отсутствие личных достижений составили 51%, 52% и 28% соответственно. [7]

Высокая распространенность синдрома эмоционального выгорания среди медицинских работников негативно влияет на качество и доступность медицинской помощи, что сказывается на врачах, системе здравоохранения в целом и пациентах. У медицинских работников это может проявляться в виде



тяжелых эмоциональных состояний, депрессии, разочарования в профессии, суицидальных наклонностей и злоупотребления психоактивными веществами. Для системы здравоохранения эмоциональное выгорание представляет собой угрозу из-за оттока кадров, низкой продуктивности и увеличения числа врачебных ошибок. Для пациентов эта проблема может выражаться в низком качестве оказания медицинской помощи и снижении ее доступности.

Понятие эмоционального выгорания. Явление выгорания впервые было исследовано в 60-х годах XX века американскими психологами. В тот период времени в США начали появляться социальные службы помощи нуждающимся в этом людям. От сотрудников требовалось выслушать посетителя, посочувствовать, помочь советом, оказать моральную поддержку. Рабочий персонал проходил хорошую подготовку, но через некоторое время начались трудности. Посетители все чаще стали жаловаться на невнимание, равнодушие и даже грубость сотрудников. В связи с этим были проведены исследования, после чего ученые заявили о существовании профессионального истощения, или «стресса общения». Это открытие стало основой для дальнейших исследований в этой области, включая изучение факторов, способствующих выгоранию, и его последствий для здоровья и профессиональной деятельности.

Термин «burnout» («эмоциональное выгорание») был предложен в 1974 году американским психиатром Х. Фрейденбергом. Под ним стали рассматривать комплекс особых психических проблем, возникающих у человека в связи с его профессиональной деятельностью. [13]

В 1982 году американский социальный психолог К. Маслач описала симптомы данного синдрома и предложила метод его диагностики. К. Маслач определяла синдром «эмоционального выгорания» как дезадаптированность человека к рабочему месту из-за неадекватных межличностных отношений и чрезмерной рабочей нагрузки.



В дальнейшем синдром эмоционального выгорания рассматривался специалистами как специфический вид профессиональной деформации лиц, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с людьми. [6]

Согласно К. Маслач и С. Джексон, синдром выгорания проявляется в трех группах переживаний:

- эмоциональном истощении – переживание опустошенности и бессилия;
- деперсонализации – дегуманизация отношений с другими людьми (проявление черствости, бессердечности, цинизма или грубости);
- редукции личных достижений – занижение собственных достижений, потеря смысла и желания вкладывать личные усилия на рабочем месте.

Основоположником по изучению эмоционального выгорания в России можно считать академика В.В. Бойко. Он описывает термин «burnout» как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций из психотравмирующей ситуации. [2]

В настоящее время синдром выгорания входит в Международную классификацию болезней под рубрикой Z-73 и определяется как «стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни». Этот синдром в психологической науке широко и разнонаправленно исследован (В. Е. Орел, Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова, И. П. Ильин, Н. В. Гришина, С. А. Подсадный, Д. Н. Орлов, Г. А. Макарова, Л. М. Митина, Т. И. Ронгинская, А. А. Рукавишников, Г. А. Макарова, Т. В. Форманюк, Л. Д. Демина, М. В. Агапова, И. А. Ральникова, И. В. Комаревцева и др.). Авторы подробно описали внешнюю сторону выгорания, проработали вопрос симптомов и внешне наблюдаемых факторов выгорания.

Факторы, способствующие эмоциональному выгоранию. В настоящее время психологи располагают значительным объемом эмпирических



исследований, касающихся индивидуально-психологических предпосылок эмоционального выгорания. Однако до сих пор не все особенности личности изучены в достаточной степени, поэтому есть необходимость в дополнительных исследованиях в этой области.

В. В. Бойко подразделяет факторы, которые провоцируют эмоциональное выгорание, на внешние и внутренние. [2]

К внешним факторам относятся:

- хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность.
- дестабилизирующая организация деятельности. Её основными признаками являются нечеткая организация и планирование труда, плохо структурированная информация, недостаток оборудования, завышенные нормы контингента, с которым непосредственно связана профессиональная деятельность работника.
- повышенная ответственность за исполняемые операции и функции.
- неблагоприятная психологическая атмосфера профессиональной деятельности, которая определяется конфликтностью в системе «коллега - коллега», и в системе «руководитель - подчиненный».
- психологически трудный контингент, с которым имеет дело профессионал в сфере общения. У медицинских работников это пациенты с болезнями разной степени тяжести. Специалист начинает избегать случаев общения с больными и прибегать к экономии эмоциональных ресурсов.

К внутренним факторам, обуславливающим эмоциональное выгорание, В.В. Бойко относит:

- склонность к эмоциональной ригидности.
- интенсивная интериоризация обстоятельств своей профессиональной деятельности, которая возникает у людей с повышенной ответственностью за свою деятельность и роль.



- слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности, в которой выделяется два аспекта:

- специалист в сфере общения не считает для себя необходимым проявлять сопереживание и соучастие субъекту деятельности.

- человек не умеет поощрять себя за соучастие и сопереживание, которые проявляются по отношению к субъектам его профессиональной деятельности.

- нравственные дефекты и дезориентация личности. Нравственный дефект проявляется в том, что человек не умеет и не способен включать во взаимодействие с партнерами честность, совесть, добропорядочность, уважение прав и достоинств другой личности.

Также можно добавить факторы, которые выделяет Т.В. Решетова:

- алекситимия, которая проявляется в невозможности высказать словами свои ощущения, и которая связана с тревогой;

- неэмоциональность или неумение общаться;

- трудоголизм, при котором происходит камуфлирование какой-либо проблемы работой. [9]

В. Е. Орел указывает на возможность развития синдрома выгорания как реакции на дезадаптацию человека к профессиональной среде. При этом личностным факторам отводится ведущая роль в формировании данного явления. Автор выделяет две группы: черты, провоцирующие выгорание («катализаторы выгорания») и характеристики, тормозящие его функционирование («ингибиторы выгорания»). Ведущим фактором структуры личностных детерминант выгорания является фактор нейротизма, от уровня выраженности которого и специфики включенности, зависит стабилизирующий или провоцирующий ее характер.



Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой обнаружены корреляционные связи между выгоранием и показателями «качества жизни», а также показателями самореализации. Большое значение авторы отводят балансу удовлетворенности – переживанию успеха, в профессиональной и личной жизни. [3]

Работа медицинского работника накладывает отпечаток на физиологические, личностные и социально-психологические характеристики. Большая нагрузка, рабочий стресс, конфликты – все это является факторами, приводящими к снижению эффективности профессиональной деятельности, они меняют профессиональное поведение и, как следствие, порождают нежелательные качества (хладнокровность, нравственные дефекты, апатия и др.), а также приводят к профессиональным заболеваниям [6]. Кроме того, специфика условий труда связанная с воздействием негативных физических факторов (например, электрического и магнитных полей) может стать причиной целого ряда заболеваний.

Многие исследователи отмечают, что в формировании синдрома эмоционального выгорания играют роль пол и стаж работы. Врачи с небольшим стажем работы больше подвержены напряжению, испытывают недовольство своей профессиональной деятельностью. Мужчины сильнее подвержены риску возникновения синдрома эмоционального выгорания по сравнению с женщинами, при этом у мужчин преобладают явления личностного отчуждения, в то время как у женщин психосоматические явления эмоционального выгорания. [11]

Являясь представителем социомной профессии и активным участником лечебно-диагностического процесса, медицинский работник находится в постоянном контакте с больными и в связи с этим важным является умение применять эффективные межличностные, поведенческие и саморегуляционные



стратегии в ответ вызовы профессии. [6] Особенно это важно для медицинских сестер, которые находятся на короткой социальной дистанции в рамках профессиональной деятельности. Этот факт обуславливает сильное влияние как объективных, так и субъективных факторов. Также к причинам повышенного риска развития эмоционального выгорания у медсестер относят требования пациентов, возможные опасности в области ухода за больными, постоянный страх перед ошибками в назначении лекарств, большая рабочая нагрузка или нехватка времени при попытке обеспечить уход за многими пациентами во время рабочей смены, отсутствие уважения со стороны общественности, неприязнь к традиционному доминированию врачей в системе здравоохранения, частое и непредсказуемое агрессивное поведение или насилие со стороны пациентов во время дежурства, отсутствие ясности роли, недостаточный персонал и отсутствие поддержки на рабочем месте.

Личные психологические особенности восприятия возраста и компетенций медицинского персонала могут быть причиной работы в условиях хронического стресса. Исследователи отмечают, что медицинские сестры старше 45 лет имеют «стереотипы о возрастном ограничении» поиска нового рабочего места. Молодые специалисты начинают выполнять работу, связанную с высокой ответственностью, и остро чувствуют «некомпетентность» по причине недостатка опыта. [12]

Профилактика эмоционального выгорания. Профилактика эмоционального выгорания у медицинских работников имеет критическое значение для обеспечения их здоровья и благополучия. Поддержание психоэмоционального состояния персонала способствует улучшению их профессиональной эффективности и снижению текучести кадров.

Среди факторов, способствующих профилактике выгорания, можно выделить предоставление сотрудникам возможностей для профессионального



роста, разработку эффективной мотивационной политики, включающей социальные гарантии и поддержку. Также важны четкие должностные инструкции, корпоративные мероприятия, направленные на создание благоприятного социально-психологического климата в коллективе, и повышение уровня эмоционального интеллекта. [3]

Рабочая среда, которая обеспечивает мотивацию, доверие, общение, уважение, личную и коллективную поддержку и позволяет добиться независимости, может свести к минимуму вероятность возникновения профессионального стресса. Кроме того, было бы полезно повысить осведомленность руководителей о признаках и симптомах синдрома выгорания для выявления лиц, находящихся в группе риска. [8, 5]

Для борьбы с внутренними факторами эмоционального выгорания используются методы индивидуальной и групповой психотерапии. Современное развитие практической психологической помощи позволило уже наработать большой опыт и предложить в качестве базовых задач следующие мишени работы:

- разработка индивидуально-ориентированных комплексных мероприятий, направленных на формирование и активизацию регулирующих функций психики;

- разработка подходов, обеспечивающих человека навыками самоконтроля и самоуправления;

- разработка комплекса приемов и способов укрепления эмоционального контроля и устойчивости к стресс-факторам;

- обеспечить личности анализ содержания индивидуальных представлений о нормах, ценностях и смыслах как деятельности, так и жизни в целом, а также при необходимости реконструировать базовые установки в соответствии с критериями нормы и их рационалистичности. [4]



Заключение

Эмоциональное выгорание = это сложное состояние, влияющее на здоровье и профессиональную деятельность работников, особенно в медицине. Факторы, способствующие эмоциональному выгоранию, варьируются у разных исследователей в зависимости от их подходов и сферы изучения. Многие ученые выделяют профессиональные, личные и социальные аспекты. Однако в контексте медицинских работников эта тема остается недостаточно исследованной. Существующие данные часто ограничены и не охватывают все возможные влияния, что затрудняет понимание факторов, способствующих выгоранию именно в данной профессии. Это создает необходимость для более глубоких и целенаправленных исследований в этой области.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Баксанский О.Е. Синдром эмоционального выгорания. Взгляд психолога и невролога (обзор литературы) / В. В. Баксанский, О. Г. Сафоничева // Вестник новых медицинских технологий. 2021. № 2. С. 45-57.
2. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб.: Сударыня, 1999. 32с.
3. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. 336 с.
4. Высоцкий В. И. Синдром «профессионального выгорания» / В. И. Высоцкий // Педагогическая диагностика. 2016. № 6. С.110–120.
5. Захарова Д. А. Синдром эмоционального выгорания в медицине и принципы его коррекции / Д. А. Захарова, Е. В. Гребешкова, А. А. Гуляева, А. В. Кравцова, Р. В. Митрохина, О. С. Новожеева, А. П. Процкая // Смоленский медицинский альманах. 2020. № 1. С. 122-126.
6. Корниенко Д. С. Характеристики синдрома эмоционального выгорания и невротизация у медицинских работников / Д. С. Корниенко, Т. А.



Четина // Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. 2019. № 1(3). С. 643-652.

7. Мецкер О. Г. Личностные факторы устойчивости к эмоциональному выгоранию / О. Г. Мецкер // Актуальные научные исследования: сборник статей XIX Международной научно-практической конференции. Пенза: Наука и Просвещение. 2024. С. 237-245.

8. Мозолевская Н. В. Специфика синдрома эмоционального выгорания медицинских работников / Н. В. Мозолевская, Е. В. Зайцева // Молодой ученый. 2020. № 5 (295). С. 274-275.

9. Решетова Т. В. Эмоциональное выгорание, астения и депрессия у медицинских и социальных работников - ресурсы коррекции / Т. В. Решетова, В. А. Мазурок, Т. Н. Жигалова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2012. № 3. С. 105-111.

10. Смольникова П. С. Распространенность синдрома эмоционального выгорания медицинских работников в Российской Федерации / П. С. Смольникова, К. С. Трункова, В. В. Мадьянова, Р. А. Хальфин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 3. С. 387-399.

11. Ткаченко Н. В. Факторы риска возникновения эмоционального выгорания у врачей / Н. В. Ткаченко, В. Г. Заика, Е. В. Евсюков // МКБ-11: гимн или реквием психиатрии? //Материалы российской научной конференции, Ростов-на-Дону, 18 июня 2022 года. 2022. С. 148-150.

12. Чайковская, М. А. Синдром эмоционального выгорания у медицинского персонала / М. А. Чайковская, В. О. Марковский, В. И. Корсакова // Здоровье и окружающая среда: Сборник материалов международной научно-практической конференции, посвященной 95-летию республиканского



унитарного предприятия «научно-практический центр гигиены», Минск, 24–25 ноября 2022 года. 2022. С. 318-319.

13. Чердымова Е. И. Синдром эмоционального выгорания специалиста: монография / Е.И. Чердымова, Е.Л. Чернышова, В.Я. Мачнев. Самара: Изд-во Самарского университета, 2019. 124 с.

ПРОБЛЕМА ВЛИЯНИЯ СТЕРЕОТИПОВ И ПРЕДУБЕЖДЕНИЙ НА ВЫБОР ПАРТНЕРА В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Шабанова Л. О.

Кафедра общей психологии

Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека,

Республика Узбекистан, г. Ташкент

Научный руководитель – Бондарева Е. В.

Аннотация. В данной статье рассмотрено влияние стереотипов и предубеждений на выбор партнёра в юношеском возрасте, когда формируются ключевые элементы личностной идентичности. Рассматриваются социальные и культурные стереотипы, влияющие на восприятие партнёра и выбор отношений среди подростков, особенно в контексте внешности, социального статуса и гендерных ожиданий. Анализируются последствия этих влияний для эмоционального развития, самооценки и межличностных взаимодействий.

Ключевые слова: стереотипы, предубеждения, выбор партнёра, юношеский возраст, гендерные роли, межличностные отношения, личностное развитие.

THE PROBLEM OF THE INFLUENCE OF STEREOTYPES AND PREJUDICES ON PARTNER CHOICE IN ADOLESCENCE

Shabanova L. O.

Department of General Psychology

National University of Uzbekistan named after Mirzo Ulugbek, Tashkent

Scientific supervisor – Bondareva E.V.



Abstract. The article examines the influence of stereotypes and prejudices on partner choice during adolescence, a period when key elements of personal identity are formed. It explores social and cultural stereotypes affecting adolescents' perceptions of potential partners and relationship choices, particularly in the context of appearance, social status, and gender expectations. The consequences of these influences on emotional development, self-esteem, and interpersonal interactions are analyzed.

Keywords: stereotypes, prejudices, partner choice, adolescence, gender roles, interpersonal relationships, personal development.

Введение

Юношеский возраст – это время активного поиска себя, формирования личной идентичности и установления отношений с окружающими. В этот период подростки стремятся понять, кто они, как воспринимают себя и других, а также какие ожидания и стандарты существуют в обществе относительно их поведения и внешности. Одним из важных аспектов, влияющих на это восприятие, является наличие стереотипов и предубеждений, которые оказывают влияние на выбор партнёра и на отношения в целом.

Стереотипы – это обобщённые представления о людях, которые часто оказываются чрезмерно упрощёнными или даже искажёнными. Эти стереотипы не просто отражают реальность, но и формируют наши ожидания, поведение и реакции на других людей. В подростковом возрасте, когда происходят ключевые изменения в социальной и эмоциональной сфере, стереотипы становятся особенно мощным фактором, определяющим, кого мы воспринимаем как «подобающего» партнёра, а кого нет.

Молодые люди часто сталкиваются с ожиданиями и стандартами, навязанными обществом, что может ограничивать их свободу выбора и развитие личных отношений. Например, стереотипы, связанные с внешностью,



социальным статусом, этнической принадлежностью или половой ролью, влияют на то, кого подростки считают «подобающим» партнёром. В то же время эти предвзятые представления могут не только ограничить их возможности для построения здоровых и искренних отношений, но и наносить удар по самооценке, когда подростки не соответствуют этим идеализированным стандартам.

Для подростков, которые ещё только начинают учиться строить эмоциональные связи, важно понимать, что истинные отношения не всегда соответствуют этим стереотипам. Влияние социальных ожиданий может приводить к ошибочным выборам, когда человек ищет партнёра, соответствующего идеалам, но не удовлетворяющего его внутренние потребности и ценности. Эти разочарования могут оставить глубокие эмоциональные следы и повлиять на дальнейшее развитие личности.

Методология исследования

Цель данной статьи – рассмотреть, как стереотипы и предубеждения формируют выбор партнёра в юношеском возрасте, и как это влияет на психоэмоциональное развитие подростков. Делается попытка проанализировать, каким образом социальные нормы и культурные ожидания могут как ограничивать, так и, наоборот, расширять возможности для построения искренних и гармоничных отношений. Мы исследуем, как стереотипы о внешности, социальном статусе и гендерных ролях влияют на восприятие подростками себя и других, а также на их способность строить отношения, основанные на взаимном уважении и понимании.

В процессе исследования будет проведен обзор существующей теоретической и эмпирической литературы, посвящённой влиянию стереотипов и предубеждений на выбор партнёра в юношеском возрасте. Особое внимание будет уделено работам, рассматривающим психосоциальное развитие



подростков, влияние социальных норм и культурных ценностей на восприятие себя и других. Исследования, посвящённые стереотипам, связанным с внешностью, социальным статусом, этнической принадлежностью и гендерными ролями, будут проанализированы с целью выявления их воздействия на межличностные отношения.

Литературный обзор по проблеме

Юношеский возраст представляет собой период, насыщенный изменениями как в физическом, так и в психологическом плане. На этом этапе завершается формирование личной идентичности, а отношения с окружающими становятся значимыми как для самоопределения, так и для понимания роли в обществе. Одним из важных аспектов этого процесса является выбор партнёра для межличностных отношений. Здесь особую роль играют стереотипы и предубеждения, которые оказывают влияние на восприятие других людей, а также на способность подростков строить подлинные отношения, основанные на взаимном уважении и понимании. На протяжении юношеского возраста молодежь активно формирует свои представления о том, какие качества должны быть присущи «идеальному» партнёру, что зачастую определяется под воздействием социальных и культурных стереотипов, гендерных норм и общественных ожиданий.

Стереотипы и предубеждения, которые пронизывают различные сферы жизни, сильно влияют на выбор партнёра. Этот процесс не всегда осознаётся подростками, и зачастую их решения принимаются бессознательно, на основе тех стереотипных представлений, которые они приобрели через социальное окружение. Стереотипы об окружающих касаются множества аспектов, включая внешность, социальный статус, этническую принадлежность и другие характеристики, которые, согласно общественным нормам, должны быть присущи «подобающему» партнёру [1, С.65].



Однако важно отметить, что стереотипы могут оказывать как положительное, так и отрицательное влияние. Положительные стереотипы, например, идеализированные представления о внешности или успешности партнера, могут создать завышенные ожидания, которые затем оказываются неосуществимыми. Напротив, негативные стереотипы, основанные на этнической принадлежности, социальном статусе или других характеристиках, могут значительно ограничить выбор и привести к исключению целых категорий людей из возможного круга партнёров [2, С.102]. Стереотипы часто работают на уровне подсознания, направляя восприятие человека и создавая рамки, внутри которых подростки делают свой выбор. Этот процесс в конечном итоге формирует восприятие других людей не как уникальных личностей, а как представителей определённой группы, с набором заранее определённых качеств.

Социальные и культурные стереотипы имеют особое значение, так как они формируются и усиливаются в социуме, действуя как своего рода фильтры для восприятия реальности. Общество, подкрепляемое масс-медиа, школой, семьей и сверстниками, активно транслирует определённые нормы, что приводит к становлению массовых представлений о том, какие качества должен иметь «подобающий» партнер. Это давление со стороны социальных норм приводит к тому, что подростки начинают ассоциировать привлекательность партнера с определёнными внешними признаками, социальным статусом и поведением [3, С.59]. В свою очередь, эта тенденция ограничивает личный выбор и препятствует появлению отношений, которые могли бы быть основаны на более глубоком взаимопонимании и совместимости.

Не менее важным является влияние гендерных стереотипов. Общество, пропагандируя традиционные представления о мужской и женской роли, определяет, какими должны быть «правильные» партнёры, внося свой вклад в развитие предвзятых взглядов. Исследования показывают, что стереотипы,



связанные с гендерными ролями, влияют на восприятие подростками возможных партнёров и часто приводят к выбору, соответствующему устоявшимся нормам, а не реальным эмоциональным потребностям. Например, подростки могут ориентироваться на социальные ожидания, что мужчины должны быть сильными и независимыми, а женщины – заботливыми и послушными. Эти гендерные предубеждения сужают их восприятие партнёра, ограничивая возможность развития здоровых и равноправных отношений [8, С.96]. В условиях строгих социальных норм, которые навязывают определённые роли для мужчин и женщин, подростки начинают воспринимать отношения через призму этих ролей.

Мужчины часто воспринимают женщин как объекты, соответствующие определённым стандартам красоты и поведения, а женщины, в свою очередь, ищут в мужчинах социальную состоятельность и уверенность [4, С.121]. Такие гендерные стереотипы формируют ограниченные рамки для восприятия противоположного пола, что в свою очередь влияет на способность подростков видеть партнера как человека, а не как носителя социально одобряемых характеристик. В то же время, это приводит к искажению реального восприятия, ограничивая эмоциональную глубину и взаимное понимание.

Кроме того, стереотипы, касающиеся внешности, играют важную роль в юношеском выборе партнёра. В подростковом возрасте внешность часто становится главным ориентиром для выбора партнёра [5, С.138]. Это неудивительно, учитывая высокую значимость внешних признаков в процессе социальной идентификации, когда подростки начинают искать одобрение в глазах окружающих и стремятся соответствовать социальным стандартам. Исследования показывают, что восприятие красоты становится основой для формирования предпочтений в межличностных отношениях, и нередко предпочтение отдается тем партнёрам, которые соответствуют идеалам,



принятым в обществе [7, С.125]. Это связано с тем, что физическая привлекательность воспринимается как показатель социальной успешности, и подростки стремятся выбирать партнёров, которые обеспечат им социальное признание, подтверждающее их принадлежность к «правильной» социальной группе. Однако это создаёт искажённое восприятие партнерства, сводя отношения к визуальным и поверхностным признакам, игнорируя более глубокие аспекты взаимодействия. Стандарты красоты, часто транслируемые средствами массовой информации, становятся ориентиром для подростков, что приводит к выбору партнёра на основе его физической привлекательности, а не на основе внутренних качеств, таких как личностная зрелость, эмоциональная совместимость или готовность к взаимным усилиям в отношениях.

Не менее значимой является роль социальных и экономических стереотипов, которые часто влияют на выбор партнёра в подростковом возрасте. Социальный статус, материальное положение и принадлежность к определённой группе становятся важными факторами в выборе партнёра, что объясняется желанием подростков укрепить своё положение в социальной иерархии. В обществе, где материальные и социальные критерии играют решающую роль, подростки могут выбирать партнёров, основываясь на их социальном статусе, а не на реальной совместимости. Это создаёт тенденцию к поверхностным выборам, где материальное положение становится более значимым, чем личные качества человека. Подростки могут воспринимать партнёра через призму его финансовых или социальных достижений, что, в свою очередь, ведёт к упрощённому и ограниченному восприятию отношений [9, С.105].

Примечательно, что именно в юношеском возрасте, когда происходят активные процессы самоопределения, подростки сталкиваются с большим количеством социальных норм и стереотипов, которые влияют на их восприятие собственного «я» и других. Для многих подростков важным становится



соответствие этим стандартам, что может привести к занижению собственной самооценки, если они не соответствуют ожиданиям общества или не могут найти «идеального» партнёра в рамках этих стереотипных норм [6, 56]. Это отражается на выборе партнёра и может привести к установлению поверхностных отношений, лишенных глубины и искренности.

Влияние стереотипов на выбор партнёра среди подростков является многогранным и многозначным процессом. Это не только способствует формированию поверхностных представлений о людях, но и ограничивает возможности для более глубоких и подлинных отношений. Важно отметить, что в юношеском возрасте, когда происходит активная работа над самоопределением и личностным ростом, стереотипы и предвзятости могут существенно помешать этому процессу, тормозя развитие подростка и его способность строить зрелые и осознанные отношения.

Заключение

Подростковый возраст является важным этапом в процессе формирования личной идентичности и социальных связей. В это время значительную роль в принятии решений и восприятии окружающих играют стереотипы, которые, проникая в сознание, ограничивают или, наоборот, формируют представления о партнёре. Влияние стереотипов, будь то связанных с внешностью, социальным статусом, гендерными ролями или этнической принадлежностью, значительно сужает выбор, предоставляя подросткам лишь узкие рамки для формирования межличностных отношений. Стереотипы создают ложные ориентиры, под которыми подростки начинают выбирать своих партнеров, не всегда учитывая глубину эмоций и реальную совместимость.

Одновременно с этим, стереотипы могут ограничивать развитие здоровых отношений, основанных на взаимном уважении и понимании. Вместо того чтобы воспринимать человека как уникальную личность, подростки склонны сводить



его к набору предвзятых характеристик, что делает невозможным истинное эмоциональное взаимодействие. Это ведет к поверхностным связям, которые могут стать источником фрустрации и неуверенности, особенно в условиях постоянного давления социальных норм и ожиданий.

Таким образом, стереотипы не только влияют на выбор партнёра, но и формируют психологические установки, которые определяют успешность или неудачность будущих отношений. Важнейшей задачей для подростков, а также для общества в целом, является осознание этих механизмов и стремление к разрушению ограничивающих стереотипов. Важно понимать, что истинные, зрелые отношения могут развиваться только в условиях уважения к индивидуальности, а не в рамках заранее заданных социальных ожиданий. Только избавившись от стереотипного восприятия и предвзятости, подростки смогут открыть для себя подлинную глубину человеческих связей и строить полноценные, гармоничные отношения, основанные на взаимном уважении и понимании.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Бем, С. Л. Гендерные схемы: как мужчины и женщины видят мир. М.: Речь, 2000. 298 с.
2. Гофман, Э. Стигматизация: социальная жизнь с повреждённой идентичностью. М.: Прогресс. 1983. 376 с.
3. Липпман, В. Общественное мнение. М.: Академический проект. 2005. 250с.
4. Макклор, М. М. Психология межличностных отношений. М.: Речь, 2002. 270 с.
5. Смит, Э. Р., Барнс, Дж. Р., Бейтс, К. Л. Социальная психология. М.: Академия. 2006. 480 с.



6. Тарнавская, И. А. Социальная психология. Введение в теорию и практику. М.: Аспект Пресс. 2005. 352 с.
7. Теджфел, Х., Тэйлор, Дж. Социальная идентичность и межгрупповое поведение. М.: Изд-во МГУ. 1979. 240 с.
8. Шериф, М. Групповая динамика. М.: Прогресс. 1992. 312 с.
9. Фиске, С. Т., Тейлор, С. Э. Социальная психология. 3-е изд. СПб.: Питер, 2017. 608 с.

ЗАДЕРЖКА ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ БОЛЕЗНЯХ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

Шилкина Е. С., Сергеева Я. Н.

*Кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики
и медицинской реабилитации*

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

Научный руководитель – к.м.н., доцент Федосеева И. Ф.

Аннотация. В статье на основе данных медицинской литературы анализируется взаимосвязь между наследственными нарушениями метаболизма и задержкой психоречевого развития. Рассматриваются различные типы метаболических расстройств, их влияние на когнитивные функции и речь. Указывается роль ранней диагностики в предотвращении возможных негативных последствий для развития ребенка.

Ключевые слова: психоречевое развитие, обмен веществ, когнитивные нарушения, наследственные заболевания, дети.



DELAYED PSYCHOSPEECH DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH HEREDITARY METABOLIC DISEASES

Shilkina E. S., Sergeeva Y. N.

*Department of Neurology, Neurosurgery, Medical Genetics and Medical
Rehabilitation*

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor: MD, Associate Professor Fedoseeva I.F.

Abstract. The article analyzes the relationship between hereditary metabolic disorders and delayed psychospeech development on the basis of medical literature data. Various types of metabolic disorders, their effects on cognitive functions and speech are considered. The role of early diagnosis in preventing possible negative consequences for the child's development is indicated.

Keywords: psychospeech development, metabolism, cognitive impairment, hereditary diseases, children.

Введение

Наследственные болезни обмена веществ (НБО) могут проявляться психоречевыми расстройствами, которые возникают в детстве и представляют сложность для дифференциальной диагностики с психиатрическими и неврологическими заболеваниями другой этиологии. Каждое наследственное нарушение обмена веществ редко наблюдается в отдельности, но в целом такие состояния встречаются довольно часто – у 1 из 2500 новорожденных.

Объекты исследования

В данном исследовании были собраны и проанализированы медицинские статьи и клинические рекомендации.



Результаты и их обсуждение

Выявление и терапия наследственных нарушений обмена веществ представляют собой одну из наиболее сложных задач как для неврологов, так и для педиатров. Сложности в диагностике обусловлены клиническим разнообразием проявлений, а также схожестью фенотипа при различными нарушениях метаболизма. У новорожденных проявляются примерно 25% известных наследственных нарушений метаболизма. Состояние детей при этом тяжёлое, практически во всех случаях. Для новорождённого не свойственно явное прогрессирование болезни с утратой функций, поскольку сами эти функции ещё находятся в процессе формирования. В большинстве случаев наследственные заболевания, связанные с нарушением обмена веществ, маскируются под другие состояния, среди них детский церебральный паралич, задержка умственного развития и эпилепсия. Нарушения обмена веществ представляют собой обширный класс заболеваний и подразделяются на следующие основные категории.

Нарушения обмена аминокислот. Фенилкетонурия (ФКУ) - это заболевание связано с повышением уровня фенилаланина в крови из-за сниженной активности фермента фенилаланин-4-гидроксилазы и наследуется по аутосомно-рецессивному типу с мутацией гена фенилаланин-4-гидроксилазы. Одним из метаболитов фенилаланина является фенилпировиноградная кислота, которая оказывает токсическое действие на головной мозг ребенка.

В России, согласно неонатальному скринингу, распространённость ФКУ составляет примерно 1 случай на 7000 новорождённых. Этот показатель может варьироваться в зависимости от региона. Клиническая картина заболевания определяется временем начала лечения и степенью мутационного нарушения в ферменте. Если терапия не проводится или начинается поздно, у большинства



пациентов с выраженным дефицитом фенилаланингидроксилазы происходит значительное поражение нервной системы.

В первые недели жизни у детей с ФКУ отсутствуют клинические проявления заболевания. Первые симптомы фенилкетонурии проявляются апатией, потерей интереса к окружающему миру, раздражительностью, беспокойством, повышенным мышечным тонусом и гиперрефлексией в возрасте 2–6 месяцев. Во второй половине первого года жизни у детей с фенилкетонурией происходит ухудшение двигательных и психоречевых навыков. У ребёнка может развиться значительное отставание в умственном развитии (IQ ниже 50). [3]

Нарушение обмена углеводов. Галактоземия – группа наследственных нарушений обмена углеводов, при котором в организме накапливается избыток галактозы и ее метаболитов. Тип наследования всех форм галактоземии – аутосомно-рецессивный. В России, по результатам массового обследования новорождённых, галактоземия встречается с частотой примерно 1:20000.[7] Нарушение психоречевого развития выявляется при третьем типе галактоземии. Галактоза является важным компонентом лактозы, которая содержится в молоке и молочных продуктах. При этом заболевании нарушается синтез фермента уридин-дифосфат-галактозо-4-эпимеразы, что приводит к накоплению галактитола и галактоновых кислот [10]. При данном заболевании наблюдаются диффузная мышечная гипотония и прогрессирующая задержка психомоторного развития. К школьному возрасту могут развиваться тяжелые поражения центральной нервной системы, проявляющиеся в форме атаксии, тремора, дистонии, ухудшения памяти, нарушений речи и умеренной умственной отсталости (уровень IQ может варьироваться от 10 до 70) [1,11].

Нарушение обмена липидов. Болезнь Гоше (БГ) представляет собой наиболее распространённую форму лизосомных болезней накопления, связанных с нарушениями метаболических процессов в организме. Основная



причина этого заболевания заключается в дефекте гена GBA, который отвечает за кодирование лизосомного фермента β -D-глюкозидазы, также известного как глюкоцереброзидаза. Этот фермент играет ключевую роль в процессе катаболизма липидов.[13] Частота БГ составляет 1:40000 – 1:60000 новорожденных. Болезнь Гоше может проявляться в разных формах, от относительно лёгкой до тяжёлой, и характеризуется разнообразными клиническими симптомами, такими как увеличение размеров печени и селезенки, анемия, тромбоцитопения, боли в костях и неврологические нарушения.

При II и III типах БГ наблюдается дегенерация нейронов в базальных ганглиях, главным образом затрагивающая теменные и затылочные доли коры больших полушарий головного мозга. У детей может наблюдаться снижение и утрата высших корковых функций (позднее начало формирования речи, ограниченный словарный запас, нарушение звукопроизношения и понимания сложных инструкций). В некоторых случаях у пациентов могут возникать судороги, тремор, мышечная слабость и другие неврологические проявления. [2, 5]

Лизосомные болезни накопления. Мукополисахаридозы (МПС) представляют собой наследственные заболевания, связанные с нарушением синтеза ферментов, участвующих в разложении гликозаминогликанов (ГАГ), которые являются важными компонентами внутриклеточного матрикса. Неполная деградация ГАГ ведет к прогрессирующей аккумуляции макромолекул в лизосомах, что способствует клеточной и тканевой деструкции, которая приводит к дисфункции органов. Частота МПС достигает 1:29000 новорожденных. Мукополисахаридозы наследуются по аутосомно-рецессивному типу, кроме МПС II типа, который является X-сцепленным заболеванием. Основные неврологические симптомы МПС включают снижение



когнитивных способностей, задержку развития речи, изменения мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, а также поражение черепных нервов. При проведении МРТ головного мозга выявляется кортикальная и субкортикальная атрофия, внутренняя окклюзионная гидроцефалия и расширение периваскулярных пространств Вирхова-Робина. [5, 6]

Нарушение обмена металлов. Гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова) — это редкое генетическое заболевание, связанное с нарушением обмена меди в организме. Оно вызвано мутацией в гене АТР7В, который отвечает за транспортировку меди из печени в кровь и выведение её через желчь. В результате этой мутации медь накапливается преимущественно в печени, подкорковых ганглиях, гипоталамусе, скорлупе, коре больших полушарий, вызывая их повреждение. Симптомы болезни Вильсона-Коновалова могут варьироваться в зависимости от степени поражения органов и времени начала заболевания. Обычно они проявляются в возрасте 3 лет и старше. Поражение центральной нервной системы при этом заболевании может вызывать разнообразные психоречевые нарушения: изменение темпа речи, нарушение понимания обращенной речи, ухудшение кратковременной и долговременной памяти, снижение концентрации внимания. В поздних стадиях заболевания возможно развитие деменции, что сопровождается значительным снижением когнитивных функций. [8,14]

Болезнь Галлервордена-Шпатца – это наследственная нейродегенерация, обусловленная избыточным накоплением железа в структурах базальных ганглиев. Мутации гена пантотенаткиназы (PANK2), локализованного на коротком плече хромосомы 20p13-p12.3, ведут к нарушению биосинтеза кофермента А, играющего ключевую роль в процессе β -окисления жирных кислот. До настоящего времени его функция в метаболизме и аккумуляции железа в области базальных ганглиев остаётся недостаточно изученной.



Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу и характеризуется дегенеративными изменениями экстрапирамидной системы: бледного шара, красных ядер, черной субстанции. При раннем начале заболевания отмечается отставание в развитии с быстрым прогрессированием психомоторных нарушений. Наблюдаются мышечная дистония, нарушения речи и глотания, хорей, атетоз, а также отставание в умственном развитии. При прогрессировании заболевания развивается деменция, сопровождающаяся распадом личности. [4,9,12]

Заключение

Многие наследственные болезни обмена веществ сопровождаются поражением центральной нервной системы. Патология головного мозга при наследственных заболеваниях проявляется в виде задержки речевого развития, нарушения памяти и вербальной коммуникации, что значительно ограничивает способность выражать свои мысли и взаимодействовать с окружающим миром. Своевременная диагностика необходима для выявления генетической мутации, определения типа наследственной болезни обмена веществ и начала соответствующего лечения с целью предотвращения прогрессирования заболевания и улучшения функциональных возможностей ребенка.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Волгина С. Я., Асанов А. Ю. Галактоземия у детей // Практическая медицина. 2014. №9 (85). С. 32-41.
2. Другие сфинголипидозы (болезнь Гоше). Клинические рекомендации. М., 2024, 62с.
3. Классическая фенилкетонурия и другие виды гиперфенилаланиемии. Клинические рекомендации М., 2024, 129 с. [Электронный ресурс]. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/482_2 (дата обращения: 13.11.2024).



4. Лобзин С. В., Головкин В. И. [и др.] Клинический полиморфизм болезни Галлервордена – Шпатца // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2012. №1. Том 4. С. 25-29.
5. Михайлова С. В., Захарова Е. Ю., Петрухин А. С. Нейрометаболические заболевания у детей и подростков: диагностика и подходы к лечению - 3-е изд., перераб. и доп. Москва : Литтерра, 2024. 400 с. ISBN 978-5-4235-0417-5, DOI: 10.33029/4235-0417-5-NEI-2024-1-400.
6. Мукополисахаридоз тип II. Клинические рекомендации М., 2021, 74 с. [Электронный ресурс]. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/392_2 (дата обращения: 13.11.2024).
7. Нарушение обмена галактозы (Галактоземия). Клинические рекомендации М., 2021, 66 с. [Электронный ресурс]. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/375_3 (дата обращения: 13.11.2024).
8. Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона). Клинические рекомендации М., 2021, 66 с. [Электронный ресурс]. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/376_2 (дата обращения: 13.11.2024).
9. Пономарев В. В. Болезнь Галлервордена - Шпатца (клинический обзор и собственное наблюдение) // Международный неврологический журнал. 2011. №3(41). С. 120-124.
10. Сутулина И. М., Краева С. Ю. Особенности течения галактоземии, выявленной неонатальным скринингом // Мать и Дитя в Кузбассе. 2008. № 4. С. 30-33.
11. Турсунхужаева С. Ш., Студеникин В. М., Боровик Т. Э. [и др.] Классическая галактоземия в детской неврологии: нейрогенетика, соматоневрология и нейродиетология // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2010. № 3(19) Том 5. С. 66-67.



12. Федосеева И. Ф., Попонникова Т. В., Галиева Г. Ю., Мошнегуц С. В. Клинический случай редкого нейродегенеративного заболевания с накоплением железа в мозге, тип 4, у ребенка 15 лет // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2019. №5 Том 64. С. 109-113.
13. Френкель Б. И., Фиясь Л. Т., Чайковская О. П. Вопросы диагностики болезни Гоше (случай из практики) // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2011. № 3. С. 73-75.
14. Юсупов Ф. А., Юлдашев А. А. Болезнь Вильсона-Коновалова: обзор литературы и случай из практики // Бюллетень науки и практики. 2023. № 3. С. 194-210.

ОСОБЕННОСТИ ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ОТНОГЕНЕЗА

Шкулдыцкая Е. Д., Головня С. В.

Кафедра психологии

УО «Брестский государственный университет имени А. С. Пушкина»,

Республика Беларусь, г. Брест

Научный руководитель – Головня С. В.

Аннотация. В данной статье рассмотрена полиаспектность феномена «гендерные стереотипы». Детально раскрыты характеристики, функции, содержание, подходы в изучении и механизмы распространения, а также последствия гендерных стереотипов. Приведены примеры их содержательных особенностей. Эмпирически определено, что наиболее часто категории «Внешние данные» и «Социальное положение» упоминаются в описаниях образов типичных мужчин и женщин респондентами подросткового и юношеского возрастов, нежели периода взрослости.



Ключевые слова: гендерные стереотипы, женщины, мужчины, типичный, представления.

**FEATURES OF GENDER STEREOTYPES
AT DIFFERENT STAGES OF RELATIONSHIP**

Shkuldytskaya E. D., Golovnya S. V.

Department of Psychology

Brest State University named after A.S. Pushkin,

Republic of Belarus, Brest

Scientific supervisor – Golovnya S. V.

Abstract. This article examines the polyaspect nature of the phenomenon of «gender stereotypes». The characteristics, functions, content, approaches to study and mechanisms of dissemination, as well as the consequences of gender stereotypes are disclosed in detail. Examples of their substantive features are given. It has been empirically determined that the categories «Appearance» and «Social Status» are most often mentioned in descriptions of images of typical men and women by respondents in adolescence and youth, rather than in adulthood.

Keywords: gender stereotypes, women, men, typical, ideas.

В настоящее время тема гендерных стереотипов является достаточно актуальной, поскольку современное общество все еще пронизано предубеждениями в отношении мужчин и женщин, что отрицательно сказывается на их самоощущении и, как следствие, поведении. Гендерные стереотипы являются общественными представлениями о женственности (фемининности) и мужественности (маскулинности), однако на сегодняшний день отсутствует единая трактовка таковых.

С целью понять полиаспектность феномена, далее мы рассмотрим более подробно характеристики, функции, содержание, подходы в изучении,



механизмы распространения и последствия гендерных стереотипов. Если говорить о характеристиках гендерных стереотипов, необходимо отметить следующие:

- 1) эмоционально-оценочный характер: в каждом стереотипе присутствует та или иная оценка;
- 2) устойчивость и стабильность: стереотипы, устоявшиеся еще в средневековые годы, пользуются большой популярностью и в современном мире;
- 3) высокая степень единства представлений: стереотипы являются разделяемыми большинством людей в обществе;
- 4) нормативность: как правило, представления о мужчинах и женщинах являются социально одобряемыми и детерминируют ожидания в отношении обоих полов [2, с. 4].

Гендерные стереотипы также выполняют ряд функций. Например, функция поддержания групповой идентичности, когнитивная и социальная функции. Первая заключается в подкреплении чувства принадлежности, поддержке групповой сплоченности, иерархии и власти.

Вторая констатирует, что человек получает информацию в виде схематизированных образов; это дает ему возможность понимать сложный мир в простых категориях. Последняя играет фундаментальную роль в формировании гендерной асимметрии и иерархии в обществе, а также способствуют укреплению этих отношений, обеспечивая непрерывность социокультурных норм [3, с. 6].

Говоря о содержании гендерных стереотипов, следует указать, что они могут включать в себя широкий спектр убеждений о том, какие конкретно качества, поведение, интересы и роли соответствуют мужчинам и женщинам. В типичном представлении о мужчинах выделяются черты, связанные с деятельностью и активностью: предприимчивость, решительность, настойчивость, стремление к достижению целей и конкуренции, нонконформизм,



жажда приключений, отвага, самоконтроль, уверенность в себе, стремление к оригинальности и умение вести бизнес.

В отличие от мужчин, женщинам часто приписываются пассивность, неуверенность, осторожность, следование нормам и конформизм. Также характеристики, которые традиционно связываются с мужским полом, относятся к сфере власти и управления: интеллект, лидерство, доминирование, ответственность, объективность, амбициозность, сила, уверенность в принятии решений, реализм и другие. В то же время «женские» черты часто ассоциируются с покорностью, беспомощностью, зависимостью, недостатком ответственности, слабостью, убеждением в превосходстве мужчин над женщинами по статусу и пристрастностью. Типичные представления о когнитивных способностях мужчин и женщин весьма дихотомичны в принципе. Мужчине чаще приписываются такие характеристики как развитая логика, рациональность, объективность, более высокая скорость ума, находчивость; женщин же чаще характеризуют как менее логичных, иррациональных, глупых. Однако, единственным позитивным качеством, приписываемом женщинам в когнитивной сфере, является интуиция [2].

Оценки эмоциональной сферы полов также являются полярными. Мужчин чаще представляют как неэмоциональных и хладнокровных, в то время как женщинам приписывают более развитую эмоциональную сферу. Характеристики, связанные с межличностным взаимодействием, подвергаются гендерной стереотипизации, где женственность получает более позитивную оценку. Женщине приписываются качества жертвенности, заботливости, дружелюбия, тактичности, вежливости, эмоциональной чувствительности, нежности, любви к детям. Среди отрицательных черт, которые ассоциируются с женщиной, можно выделить непостоянство, хитрость, болтливость. В «мужском» стереотипе обнаруживается прямота, бестактность, грубость,



самообладание, надежность, развязность, агрессивность. Набор социальных ролей идентично подвергается стереотипизации. Образ мужчины чаще ассоциируется с публичной сферой в противопоставление женскому, который связывается преимущественно с частной сферой [2, с. 7].

Подчеркнем, что в ранее перечисленных характеристиках мужского пола преобладают сугубо позитивные тенденции, в отличие от женского. А образ маскулинности превосходит фемининность по вариативности содержания [1]. Но, добавим, что не существует абстрактных мужчин и женщин «в принципе», поскольку каждое общество является уникальным историческим феноменом и имеет собственные устоявшиеся традиции, ценности и др. Таким образом, характер представлений о взаимодействии и качествах полов всегда является исторически обусловленным и зависит от места и времени [3].

Исследованием гендерных стереотипов занималось большое количество ученых, изучающих разные аспекты данного феномена. Несмотря на разнообразие точек зрения, многие исследователи сходятся в некоторых важных характеристиках гендерной стереотипизации:

- мужскому полу чаще приписывают больше положительных качеств, нежели женскому;
- психологические различия полов не являются врожденными и обусловлены конкретными культурными особенностями и обществом;
- гендерные стереотипы формируют общественные ожидания в отношении обоих полов, которым они следуют, чем, в свою очередь, подкрепляют механизм стереотипизации [1, с. 27].

Большинство общественных институтов, таких как СМИ, религия, семья, образование, государство и политические организации, играют ключевую роль в распространении гендерных стереотипов. Особенно значимым средством выступает СМИ, в частности, телевидение, которое формирует определенные



представления о том, что означает быть настоящим мужчиной или женщиной [2, с. 8].

Возможным последствием либо вероятной опасностью гендерных стереотипов является стремление человека соответствовать им и позиционировать себя за счет этого в социально приемлемом свете. Гендерные представления широко распространены в обществе и могут влиять на то, как интерпретируются действия людей в зависимости от их пола. Это может привести к негативным последствиям для женщин, поскольку они зачастую «подстраиваются» под негативные стереотипы о женском поведении, что, в свою очередь, может препятствовать достижению успеха. Некоторые исследования демонстрируют, что люди осуществляют расстановку задач с учетом пола своего партнера, что свидетельствует о «гендерной окраске» в выборе действий [3, с. 9].

Настоящее исследование посвящено выявлению представлений людей, принадлежащих к разным возрастным периодам (согласно возрастной периодизации Э. Эриксона), о «типичных» мужчинах и женщинах. Общую выборку составили 64 человека (32 – относятся к подростковому и юношескому возрасту, а остальные 32 – к периоду взрослости). В первую группу включены 29 девушек и 3 юноши; во вторую – 20 женщин и 12 мужчин. В качестве метода нами было использовано анкетирование открытого характера: «Опишите типичного мужчину» и «Опишите типичную женщину» (с предварительной формулировкой расписать свой ответ максимально подробно). Данное описание наиболее точно отражает содержание стереотипного восприятия маскулинного и фемининного образов. Важно отметить, что исследование полностью соответствовало требованиям анонимности, была инструкция указать лишь свой пол и возраст («От 12 до 20 лет» / «От 25 до 64 лет»).

Ответы респондентов были обработаны с помощью процедуры метода контент-анализа. Нами было выделено 5 категорий: «Личностные качества»,



«Внешние данные», «Социальное положение», «Личные ценности и установки», «Интересы». С целью определения, на что в первую очередь опираются представители подросткового, юношеского возрастов и периода взрослости при описании типичного образа мужчины и женщины, мы посчитали количество упоминаний указанных категорий контент-анализа в контексте ответов среди опрошенных и отразили их чуть ниже (см. табл. 1).

С помощью применения статистического критерия угловое преобразование Фишера нами было установлено, что статистически значимые различия у респондентов подросткового, юношеского возрастов и периода взрослости были обнаружены в рамках упоминания следующих категорий:

1. «Социальное положение» (о типичном мужчине и типичной женщине – $p \leq 0,01$).
2. «Личные ценности и установки» (о типичном мужчине – $p \leq 0,01$).
3. «Личностные качества» (о типичной женщине – $p \leq 0,05$).
4. «Внешние данные» (о типичном мужчине и типичной женщине – $p \leq 0,05$).
5. «Интересы» (о типичном мужчине – $p \leq 0,05$).

Из данных таблицы 1 следует, что в категории «Личностные качества» характеристики типичной женщины чаще упоминаются, следовательно, гораздо подробнее описываются лицами подросткового и юношеского возрастов, чем субъектами периода взрослости. Относительно второй единицы – «Внешние данные» – представления обоих полов констатируются как содержательно насыщенные именно респондентами отрочества и юности, нежели ранней, средней и поздней взрослости.



Таблица 1

Количество упоминаний респондентами категорий контент-анализа

Категории	Подростковый и юношеский возраст				Период взрослости			
	о типичном мужчине		о типичной женщине		о типичном мужчине		о типичной женщине	
	абс. знач.	в %	абс. знач.	в %	абс. знач.	в %	абс. знач.	в %
1. Личностные качества	27	84,4	30	93,8*	26	81,3	27	84,4*
2. Внешние данные	19	59,3*	18	56,3*	15	46,9*	14	43,7*
3. Социальное положение	14	43,8**	12	37,5**	5	15,6**	6	18,7**
4. Личные ценности и установки	12	37,5**	8	25	6	18,8**	7	21,9
5. Интересы	7	21,9*	5	15,6	4	12,5*	6	18,7

Примечание: знаком «*» в таблице обозначены уровни статистической значимости: * – $p \leq 0,05$, ** – $p \leq 0,01$

Критические значения ϕ :

p	
0,05	0,01
1,64	2,31

В третьей категории «Социальное положение» наблюдается практически идентичная ситуация. И, наконец, «Личные ценности и установки» у типичного мужчины раскрыты достаточно детализировано также преимущественно подростковым и юношеским возрастом. Таким образом, мы определили, что:

- во-первых, гендерным стереотипам присущ пласт особенностей: в связи с различием подходов, существует несколько схожих определений данного понятия;
- во-вторых, указанный феномен характеризуется эмоционально-оценочным характером, является устойчивым и стабильным во времени,



разделяется большинством людей в обществе, а также нормативен; помимо негативных последствий, имеет ряд функций;

- в-третьих, гендерные стереотипы были рассмотрены многими исследователями, что фундаментально расширило представления о них, а также их содержательную характеристику;

- и, наконец, в-четвертых, применив метод контент-анализа, мы обнаружили, что наиболее часто категории «Внешние данные», «Социальное положение» упоминаются в описаниях образов типичных мужчин и женщин именно респондентами подросткового и юношеского возрастов, нежели периода взрослости.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Котлова, Т. Б. Библиографический обзор исследований по проблемам гендерных стереотипов / Т. Б. Котлова, Т. Б. Рябова // Женщина в российском обществе. 2001. № 3–4. С. 25–38.

2. Рябова, Т. Б. Гендерные стереотипы и гендерная стереотипизация: методологические подходы / Т. Б. Рябова // Женщина в российском обществе. 2001. № 3–4. С. 3–12.

3. Савина, С. Гендерная социализация в современной Беларуси [Электронный ресурс] / С. Савина. – Режим доступа: <https://elib.bsu.by/bitstream/0B%20СОВРЕМЕННОЙ%20БЕЛАРУСИ.pdf>. – Дата доступа: 08.05.2024.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

Шмаков Е. И.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – Яковлев А. С.



Аннотация. Данная статья посвящена исследованию применения электросудорожной терапии (ЭСТ) как эффективного метода лечения для пациентов с фармакорезистентными формами психических расстройств. Учитывая нарастающую проблему неэффективности традиционного медикаментозного лечения у данной группы пациентов, ЭСТ рассматривается как альтернатива, способная значительно улучшить клинические результаты и качество жизни. При этом акцентируется внимание на механизмах действия ЭСТ, ее показаниях и противопоказаниях, а также на особенностях применения в комбинированной терапии.

Ключевые слова: электросудорожная терапия, фармакорезистентность, психические расстройства, комбинированная терапия, клинические результаты.

APPLICATION OF ELECTROCONVULSIVE THERAPY IN PATIENTS WITH PHARMACORESISTISNESS

Shmakov E. I.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Yakovlev A.S.

Abstract. This article is devoted to the study of the use of electroconvulsive therapy (ECT) as an effective treatment method for patients with drug-resistant forms of mental disorders. Given the growing problem of the ineffectiveness of traditional drug treatment in this group of patients, ECT is considered as an alternative that can significantly improve clinical outcomes and quality of life. At the same time, attention is focused on the mechanisms of action of ECT, its indications and contraindications, as well as the features of use in combination therapy.



Keywords: electroconvulsive therapy, drug resistance, mental disorders, combination therapy, clinical results.

Фармакорезистентность представляет собой одну из наиболее актуальных проблем в современной психиатрии, касающуюся значительной части пациентов с шизофренией, биполярным расстройством и тяжелыми депрессиями. По данным исследований, бедность ответной реакции на нейролептики достигает 30% и выше, что требует поиска альтернативных методов лечения. Среди них ЭСТ занимает особое место, так как она показала свою эффективность даже в наиболее запущенных случаях. Следует отметить, что данная терапия относится к юридически разрешенным методам лечения психических расстройств и используется довольно часто [1]. Целью данного исследования является систематизация данных о применении ЭСТ у пациентов с фармакорезистентностью, оценка ее эффективности и безопасности, а также изучение ее влияния на клинические результаты лечения.

Материалы и методы

В рамках данного исследования был проведен систематический обзор данных из современных научных публикаций. Включены работы, в которых оценивалась эффективность ЭСТ в сочетании с традиционной медикаментозной терапией.

Результаты исследования

Полученные в многочисленных исследованиях результаты позволяют рассматривать электросудорожную терапию, как единственный нефармакологический метод, имеющий доказательную базу. По данным авторов сочетанное применение ЭСТ и антипсихотиков вызывает более значимое уменьшение стойких продуктивных симптомов, чем монотерапия антипсихотиками. Вместе с тем эффективность электросудорожной терапии в



коррекции негативных и когнитивных симптомов не подтверждена [4]. Несмотря на отдельные нежелательные реакции, возникающие в процессе проведения ЭСТ (чаще всего ухудшение памяти), в целом, данная процедура считается хорошо переносимой и безопасной.

Анализ литературы показал, что применение ЭСТ у пациентов с фармакорезистентными состояниями приводит к значительному улучшению клинической симптоматики. Более 60-70% пациентов с диагнозом шизофрения, биполярного расстройства и тяжелой депрессии отметили уменьшение как продуктивной, так и негативной симптоматики, что было подтверждено по шкале PANSS на 40-50% после стандартного курса ЭСТ (обычно 6-12 процедур с интервалами).

По данным ряда публикаций, эффективность применения ЭСТ при депрессии составляет от 63 до 87,2%. Проведенные открытые проспективные исследования пациентов с тяжелой депрессией, резистентной к психофармакотерапии (ПФТ), показывают значительное улучшение после ЭСТ у 90%. При лечении униполярной депрессии с помощью ПФТ и ЭСТ быстрее достигается терапевтический эффект по сравнению с таковым при монотерапии. Такая же тенденция наблюдается при комбинированной терапии психотической депрессии. В исследованиях Shorter и соавт. показатель смертности от самоубийства благодаря ЭСТ снижался. По данным Bradvik & Berglund (2006), попытки истинных самоубийств были реже после ЭСТ, чем после лечения антидепрессантами [2].

В целом ЭСТ был продемонстрирован как относительно безопасный и хорошо переносимый метод в гериатрической популяции. Значительное улучшение отмечают более 50% пациентов пожилого возраста с депрессивной симптоматикой [6].



Абсолютных медицинских противопоказаний для ЭСТ нет. Относительные противопоказания включают опухоли ЦНС с повышенным давлением цереброспинальной жидкости, недавний инфаркт миокарда и активную легочную инфекцию.

Сравнение результатов проведенных тестов до и после ЭСТ показало изменения когнитивных функций: значительные нарушения концентрации и внимания, словесные и визуальные задержки и словесную беглость. Однако повторные тесты (в среднем через 8,5 месяца после ЭСТ) показали полное выздоровление и способность пациента вернуться к жизнедеятельности и работе

При этом ни один пациент не прекратил лечения из-за побочных эффектов. К незначительным побочным эффектам относят головную боль, тошноту, мышечные боли, увеличение возбуждения, экспансивное настроение, выраженную умственную путаницу, но они обычно исчезают в течение 24 часов после лечения. В некоторых случаях обнаруживались временные нарушения ритма пульса и увеличение артериального давления [5].

К распространенным побочным эффектам относятся: нарушения памяти, поздние припадки (отсроченные судороги могут произойти до 48 ч после процедуры), продолжительные судороги (более 180 с во время лечения) и общие риски анестезии.

Результаты многочисленных исследований подчеркивают важность ЭСТ как альтернативы для пациентов с фармакорезистентными формами психических расстройств. Возможность достижения значительного клинического улучшения у большинства пациентов на фоне низкого уровня побочных эффектов делает ЭСТ одним из лучших вариантов для лечения, когда традиционные методы оказываются неэффективными.

При сравнении ЭСТ с традиционной медикаментозной терапией, такими как использование антипсихотиков, было отмечено, что ЭСТ может сильно



ускорить процесс лечения. В случае серьезных состояний, таких как психоз, даже временное улучшение состояния пациента может предотвратить риск самоубийства и другие серьезные осложнения. Исследования показывают, что использование ЭСТ в сочетании с традиционными медикаментами может создавать синергетический эффект, позволяя снизить дозы нейролептиков и уменьшить риск побочных эффектов [2].

Вместе с тем, существует иная точка зрения. К настоящему времени накоплены некоторые данные, свидетельствующие об эффективности комбинации ЭСТ и антипсихотиков, в частности, клозапина при параноидной шизофрении, в особенности при явлениях терапевтической резистентности. Вместе с тем эффект такой терапии может быть недостаточно стойким, а в части исследований не получено статистически достоверных свидетельств большей эффективности сочетания антипсихотиков и ЭСТ. Указанные разночтения требуют дополнительного изучения эффективности комбинаций антипсихотиков и ЭСТ при параноидной шизофрении. Дальнейшее изучение комбинированной терапии ЭСТ с клозапином при резистентной шизофрении представляется целесообразным, так как на сегодняшний день клозапин — единственное средство с доказанной эффективностью у резистентных больных. Являются по-прежнему актуальными вопросы изучения безопасности ЭСТ, а также усовершенствование методики применения ЭСТ при данном психическом расстройстве [3].

Заключение

Электросудорожная терапия является высокоэффективным методом лечения для пациентов с фармакорезистентностью. Ее возможность серьезно улучшить качество жизни и уровень клинического ответа у данной категории пациентов делает ее ценным инструментом в арсенале психиатра. Для достижения наилучших результатов необходимо дальнейшее исследование



механизма действия ЭСТ и разработка персонализированных протоколов лечения, что позволит максимально учесть индивидуальные потребности пациентов и повысить безопасность терапевтического процесса.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Егоров А.Ю., Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э. Электросудорожная терапия // Национальное руководство по психиатрии. 2-е изд. пер. и доп. / под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 953–963.
2. Негода, А. С. Использование электросудорожной терапии для лечения психических расстройств на современном этапе развития психиатрии / А. С. Негода, А. С. Рябнина, Ф. В. Орлов // Acta Medica Eurasica. 2019. № 4. С. 27-36. – EDN OVHPIJ.
3. Сизов, С. В. Сочетанное применение антипсихотиков и электросудорожной терапии при терапевтически резистентной шизофрении / С. В. Сизов, Ю. Б. Барыльник // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2017. № 3. С. 23-33. EDN ZMYWHT.
4. Феномен терапевтической резистентности при лечении шизофрении: возможности современной диагностики и методов противорезистентных воздействий / В. В. Становая, З. Т. Гусейнова, М. В. Иванов, Е. В. Бигдай // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2023. Т. 57, № 4. С.120-130. DOI 10.31363/2313-7053-2023-893. – EDN JOXSKY.
5. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения // Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022.
6. Snyder A.D., Venkatachalam V., Pandurangi A.K. Electroconvulsive therapy in geriatric patients: A literature review and program report from Virginia



Commonwealth University, Richmond, Virginia, USA. J. Geriatr. Ment. Health, 2017, vol. 4, pp. 115–122.

**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ
НА САМООРГАНИЗАЦИЮ, С ЦЕЛЬЮ ПРЕОДОЛЕНИЯ
ПРОКРАСТИНАЦИИ**

Юдин С. А.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Развитие информационных технологий упрощают процесс обучения и позволяют в любое время получить доступ к любым знаниям, однако академическая прокрастинация мешает процессу обучения и является одной из главных причин снижения успеваемости среди студентов. Мы полагаем что для снижения прокрастинации и улучшения уровня образования необходимо развивать такие личностные качества, как самоорганизация. В статье рассматриваются основные подходы к пониманию прокрастинации и самоорганизации. Выдвигается положение о взаимосвязи самоорганизации и особенностями восприятия психологического времени. Для выявления взаимосвязи психологического времени и самоорганизации проведен сравнительный анализ двух групп, с высоким и низким уровнем самоорганизации. Сравнительный анализ выявил три главные характеристики, влияющие на самоорганизацию учебной деятельности: ощущение будущего времени, а также величина и структура настоящего времени.

Ключевые слова: психология, прокрастинация, теории прокрастинации, учебная деятельность, самоорганизация, студенты, арт – терапия, техники арт – терапии.



**FEDERAL STATE BUDGETARY EDUCATIONAL
INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION**

Yudin S. A.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The development of information technologies simplifies the learning process and allows access to any knowledge at any time, but academic procrastination interferes with the learning process and is one of the main reasons for low academic performance among students. We believe that to reduce the level of procrastination and improve education, it is necessary to develop such personal qualities as self-organization. The article discusses the main approaches to understanding procrastination and self-organization. A position is put forward about the relationship between self-organization and the peculiarities of the perception of psychological time. To identify the relationship between psychological time and self-organization, a comparative analysis of two groups with high and low levels of self-organization of educational activities was carried out. A comparative analysis revealed three main characteristics that influence the self-organization of students' educational activities: a sense of future time, as well as the size and structure of the present time.

Keywords: psychology, procrastination, theories of procrastination, educational activities, self-organization, students, art therapy, art therapy techniques.

Переходя из школы в высшее учебное заведение, абитуриенты сталкиваются с совершенно новыми условиями. Обучение в вузе требует большей самостоятельности, ответственности и усердия чем обучение в школе. При этом помимо учебной деятельности студенты нередко участвуют в различных студенческих организациях, кружках, а также подрабатывают. Для успешного обучения в вузе необходимо уметь распределять временные и



физические ресурсы, правильно оценивать ситуацию и расставлять приоритеты. Однако все больше студентов подвержены прокрастинации.

Прокрастинация (англ. Procrastination, от лат. procrastinatus: pro – (вместо, впереди) и crastinus (завтрашний)) – это склонность постоянно откладывать выполнение задач. Чаще всего прокрастинация выражается в иррациональном откладывании начала, или завершения поставленной цели, и сопровождается негативными чувствами или стрессом у прокрастинатора. [10].

Как показывают лонгитюдные исследования за последние 25 лет уровень прокрастинации постоянно возрастает. На сегодняшний день уровень академической прокрастинации достигает до 75%. [14].

Такая склонность к прокрастинации среди студентов может негативно сказаться на качестве образования и снизить уровень подготовленности будущих специалистов, не смотря на улучшение процесса обучения, стиля преподавания в высших учебных заведениях. Академическая прокрастинация является одной из главных причин снижения успеваемости у учащихся [11].

Выделяют 5 основных подходов к объяснению прокрастинации. Первый подход объясняет прокрастинацию, как способ снятия стресса, который возникает во время трудовой или учебной деятельности. Второй подход объясняет феномен прокрастинации как механизм избегания в тех случаях, когда у личности возникает страх неудачи, страх не оправдать ожидания, страх осуждения со стороны общества или близких [13]. Но не только страх неудачи может вызывать прокрастинацию. Сторонники третьего подхода полагают, что боязнь успеха и привлечение всеобщего внимания, так же может вызвать желание отложить выполнение задания. По другой теории причиной прокрастинации является протест против навязанных порядков, правил или временных рамок. Индивид, откладывая работу пытается получить ощущение мнимой свободы, создавая иллюзию что он сам принимает решение, что он



владеет ситуацией и действует по своему усмотрению, тем самым устраняя внутренний диссонанс. Последний подход, объясняет прокрастинацию гедонистической направленностью личности, т.е. стремление получить удовольствие «здесь и сейчас» [15; 16].

Для решения этой проблемы, по нашему мнению, необходимо прибегнуть к практике гуманистической психологии, где психокоррекция осуществляется не путем борьбы с самой проблемой, а развитием определенных личностных качеств. В данном случае для уменьшения уровня прокрастинации необходимо развитие у студентов таких качеств как: целеполагание, оценка времени, оценка ситуации и самоорганизация.

На занятиях, организывает учебную деятельность студентов преподаватель, мотивируя и стимулируя их активность. Вне занятий студенту необходимо организовывать свою учебную деятельность самостоятельно, планируя свою активность, расставляя приоритеты и подавляя желание отвлекаться на более приятную деятельность. Способность к самоорганизации формирует набор личностных компонентов, таких как: эмоциональные и волевые процессы, ценностные ориентации, самооценка, интеллектуальные способности, социальные установки [7].

В своих работах Ключко В.Е. дает следующее определение самоорганизации – процесс, при котором создается, воспроизводится или совершенствуется организация сложной динамической системы, без специального внешнего воздействия [5].

М. А. Воробьева в своей работе определяет самоорганизацию как – показатель личной зрелости человека, интеграция природных и приобретённых в процессе социализации свойств личности, проявляющихся в особенностях интеллекта, воли, мотивах поведения и реализуемых в организации деятельности [4].



С позиции Ю.А. Цагарелли самоорганизация – это процесс осознанного и целенаправленного изменения личности, исходя из эталонных представлений и самооценки. Процесс самоорганизации определяется теми путями, которые личность выбирает самостоятельно для достижения цели своего развития [7].

Н.Н. Рыбакова рассматривает самоорганизацию личности, как систему, которая состоит из взаимосвязанных компонентов и обладает интегративными свойствами целого, не сводимого к сумме свойств отдельных ее частей. В исследованиях Н.Н. Рыбаковой самоорганизация подростков в процессе обучения представлена следующими компонентами: целевыми, мотивационными, деятельностно–коммуникативными, волевыми, оценочно–регулятивными. Все отмеченные компоненты взаимосвязаны и взаимно обусловлены [9].

По нашему мнению, самоорганизация – это осознаваемый, целенаправленный процесс, мобилизующий внутренние ресурсы организма без внешнего воздействия, для достижение поставленной цели. В основе самоорганизации лежат интегральные характеристики личности, такие как: целеустремленность, настойчивость, самоконтроль, целеполагание, самокритичность. Самоорганизация воплощает в себе мотивационные, волевые, ценностно–смысловые компоненты, а также способность правильно оценивать и распределять время.

Мы считаем, что процесс самоорганизации представлен этапами, схожими с этапами построения деятельности – постановка цели, планирование, реализация, этап контроля и оценки. Каждый этап взаимосвязан и успешность прохождения каждого этапа зависит от особенностей личности. В случае если, волевые эмоциональные, ценностно–смысловые и другие качества личности недостаточно развиты, то на определенных этапах самоорганизации может возникать прокрастинация.



Мы полагаем для развития самоорганизации и преодоления прокрастинации, необходимо изменение психологического времени личности. По мнению К. Левина, поведение и психическое состояние человека зачастую зависят больше от его надежд и воспоминаний, чем от текущей ситуации «здесь и теперь». В его пространственно-временной модели зона будущего (желания, страхи, мечты, планы, надежды) детерминирует поведение человека в настоящем и определяет границы его психологического поля в данный момент [2].

Психологическое время характеризуется рядом свойств: длительностью, скоростью, последовательностью, протяженностью, что обеспечивает возможность отслеживать ход жизненных событий, относящихся как к настоящему, так и будущему [6].

Многие из вышеперечисленных теорий прокрастинации можно объяснить особенностями эмоционального восприятия психологического времени. Индивид, который пытается справиться с тревогой с помощью прокрастинации, обладает мрачными и пугающими представлениями о своем будущем, в котором как он полагает, его ждет неизбежный провал.

В случаях, когда поводом для прокрастинации является боязнь успеха, индивид имеет необъективную оценку своего будущего, ожидая негативного эмоционального состояния от излишнего внимания.

Прокрастинация, как стремление получить удовольствие «здесь и сейчас» может свидетельствовать об оторванности личности от своего психологического будущего и отсутствии четких, и реалистичных планов, либо о наличии когнитивных искажений, в которых будущее представляется мрачным, безрадостным и без возможности его изменить в настоящем.

Ранее проведенное нами исследование выявило следующие когнитивно – эмоциональные компоненты субъективного времени, влияющие на самоорганизацию учебной деятельности студентов.



Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО «Кемеровского государственного университета» среди студентов с первого по четвертый курс, общая выборка составила 106 человек.

В качестве стимульного материала нами были использованы следующие методики: «Диагностика особенностей самоорганизации» (ДОС) А.Д. Ишкова [4]; «Опросник самоорганизации деятельности» (ОСД) Мандриковой Е.Ю. [8]; «Семантический дифференциал времени» (СДВ) версии Л.И. Вассермана, Е.А. Трифионовой и К.Р. Червинской (2005) [1]. Для выявления различий между группами с низким и высоким уровнем самоорганизации был проведен сравнительный анализ по t -критерию Стьюдента.

Сравнительный анализ выявил, что студенты с низким уровнем самоорганизации обладают более низкими показателями «структуры настоящего времени» и «величины настоящего времени». Это может свидетельствовать, о том, что для студентов с низким уровнем самоорганизации, настоящее время ощущается как непонятный, необратимый и скоротечный промежуток времени. Из-за ограниченности временного промежутка и невозможности что-либо в нем изменить, события настоящего могут восприниматься испытуемыми, как труднопреодолимые препятствия для удовлетворения актуальных потребностей. Это может проявляться в отсутствие четких представлениях о происходящих событиях, логических связей между ними и наличие трудностей в самоанализе. Как следствие это может привести к импульсивности, потере смысловой наполненности и значимости происходящего для данного временного промежутка, и блокированию позитивных побуждений личности (табл. 1).

Так же исследование выявило, что у испытуемых с низким уровнем самоорганизации показатели фактора «ощущение времени» будущего ниже чем у испытуемых с высокой самоорганизацией [12].



Такая особенность восприятия своего будущего может выражаться в нарушении психологической связи с данным временным промежутком, что в свою очередь будет проявляться в недостаточной эмоциональной вовлеченности в ожидаемые события, потере интереса, и снижении значимости будущих событий. На когнитивном и эмоциональном уровне может проявляться в позиции «наблюдателя за собственной жизнью», в отстраненности, и внутренней безучастности (табл. 2).

Таблица 1.

Сравнительный анализ по t–критерию Стьюдента (настоящее время)

СДВ	Группа с низким уровнем самоорганизации	Группа с высоким уровнем развития самоорганизации	t	p
Величина времени	4,5	7,18	-2,9	0,004333
Структура времени	0,86	5,64	-4,5	0,000014

Таблица 2.

Сравнительный анализ по t–критерию Стьюдента (будущие время)

СДВ	Низкий уровень самоорганизации	Высокий уровень самоорганизации	t	p
Ощущение времени	3,79	5,84	-2,03	0,44
Среднее значение	5,99	7,39	-2	0,04

Заключение

Вышеперечисленные результаты исследования свидетельствуют о влиянии восприятия времени на самоорганизацию учебной деятельности.



Сравнительный анализ двух групп с высоким и низким уровнями самоорганизации помог определить главными компонентами психологического времени, связанными с самоорганизацией: величина и структура настоящего времени, и ощущение будущего времени. Для выстраивания собственной деятельности и преодоления прокрастинации необходимо, чтобы настоящее воспринималось как объемный и изменяемый промежуток времени, в котором есть возможность для реализации поставленных целей и созидания своего будущего.

Объемное настоящее дает свободу для выбора средств реализации поставленных задач, и позволяет лучше распределить временные ресурсы. Ощущение ясности подконтрольности и прогнозируемости событий настоящего времени не менее важно. Это открывает возможности для объективного восприятия происходящего, а значит позволяет оценить ситуацию и действовать в соответствии с ней. Понятное и подконтрольное настоящее формирует представление стабильного и безопасного промежутка времени. Вовлеченность в события будущего позволяет установить психологическую взаимосвязь с предполагаемыми событиями, личными целями, долгосрочными планами и мечтами. Если будущее ощущается как реальный достижимый и неминуемый момент жизни, личные цели становятся значимыми и обретают стимул к их достижению.

Ощущение близости выполнения задуманных планов формирует интеллектуальную и эмоциональную вовлеченность индивида в события своего будущего, в результате чего индивид позиционирует себя как активного участника собственной жизни.

Испытуемые с низким уровнем самоорганизации воспринимают свое настоящее как, недостаточно упорядоченный, неподконтрольный и короткий промежуток времени, а свое будущее они воспринимают как нечто далекое и не



реалистичное. Такая оценка своего времени создает препятствия для формирования стимула к реализации целей и планов. Без должного стимула уровень самоорганизации падает и приводит к прокрастинации.

Мы полагаем изменение отношения к своему психологическому времени позволит улучшить способность личности к самоорганизации, следовать поставленным целям, не отвлекаясь на посторонние занятия и тем самым способствовать снижению уровня прокрастинации.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Червинская К.Р. Семантический дифференциал времени как метод психологической диагностики личности при депрессивных расстройствах: пособие для психологов и врачей. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. 43 с.

2. Вечканова Елена Михайловна Специфика временной перспективы личности при различных уровнях переживания кризиса идентичности // СибСкрипт. 2014. №4 (60). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/spetsifika-vremennoy-perspektivy-lichnosti-pri-razlichnyh-urovnyah-perezhivaniya-krizisa-identichnosti> (дата обращения: 15.12.2023).

3. Воробьёва М. А. Связь мотивации учебной деятельности с самоорганизацией деятельности у студентов. Педагогическое образование в России. 2012. №6. С. 184–188.

4. Ишков А.Д. Учебная деятельность студента: психологические факторы успешности: монография. М.: Издательство АСВ, 2004. 224 с.

5. Ключко В. Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности. Томск: Национальный исследовательский Томский государственный университет, 2005. 174 с.

6. Комова О. В. Проблемы формирования самоорганизации // Научный поиск. 2015. №2. С. 11–17.



7. Котова С. С., Шахматова О. Н. Психологические особенности самоорганизации учебной деятельности студентов. Научные исследования в образовании. 2007. №4. С. 91–98.

8. Мандрикова Е.Ю. Разработка опросника самоорганизации деятельности (ОСД) // Психологическая диагностика. 2010. № 2. С. 87–111.

9. Рыбакова Н.Н. Педагогическое управление развитием самоорганизации подростков в процессе обучения: автореф. дис. канд. пед. наук: 23.00.01. Омск, 2004.

10. Рызова С. В. Особенности автоматических мыслей при прокрастинации у студентов гуманитарных вузов / С. В. Рызова // Евразийский союз ученых. 2018. № 2–3(47). С. 48–50. EDN YUHSAT.

11. Саргсян О. Н. Академическая прокрастинация у студентов при написании научной работы / О. Н. Саргсян, Е. А. Коштырева // Психология, образование: актуальные и приоритетные направления исследований: Материалы Международной научно–практической конференции студентов, магистрантов, аспирантов, молодых ученых и их наставников, Тверь, 29 апреля 2019 года. Тверь: Тверской государственный университет, 2019. С. 182–185. EDN OWPYHV.

12. Юдин С.А. Исследование темпоральных характеристик личности студентов с различными показателями самоорганизации учебной деятельности // Теоретическая и экспериментальная психология. 2017. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-temporalnyh-harakteristik-lichnosti-studentov-s-razlichnymi-pokazatelyami-samoorganizatsii-uchebnoy-deyatelnosti> (дата обращения: 15.10.2023).

13. Burka J. B., Yuen L. M. Procrastination: why you do it, what to do about it? Reading, MA: Addison–Whesley, 2008. Burke R.J.



14. Banich M.T. Executive function: the search for an integrated account. *Current directions in psychological science*, 18, 2009. – p.89–94.

15. Milgram N. A., Tenne R. Personality correlates of decisional and task avoidance procrastination // *European Journal of Personality*, 2000, v. 14, p. 141–156.

16. Slaney R., Rice K., Ashby J. A programmatic approach to measuring perfectionism: the almost perfect scales // G. Flett, P. Hewitt (eds.). *Perfectionism: Theory, research and treatment*. Washington, Americ. Psychol. Assotiation, 2002, p. 63–89.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ШИЗОФРЕНИЯ»

Яковлев А. С., Яковлева А. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В настоящее время наблюдается тенденция к более оптимистичному взгляду на течение и исход шизофрении. Психосоциальные вмешательства в сочетании с фармакотерапией становятся важными составляющими комплексных программ лечения пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами. В данной статье представлены результаты исследований, лежащих в основе психосоциальных методов лечения. Кроме того, обсуждаются некоторые дополнительные вопросы и направления исследований, которые требуют дальнейшего изучения.

Ключевые слова: шизофрения, реабилитация, психосоциальные методы, фармакотерапия.



**PSYCHOSOCIAL METHODS IN REHABILITATION
OF PATIENTS DIAGNOSISED WITH «SCHIZOPHRENIA»**

Yakovlev A. S., Yakovleva A. A.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. There is currently a trend towards a more optimistic view of the course and outcome of schizophrenia. Psychosocial interventions in combination with pharmacotherapy are becoming important components of comprehensive treatment programs for patients with severe mental disorders. This article presents the results of the research that underlies psychosocial treatment methods. In addition, some additional issues and research directions that require further study are discussed.

Keywords: schizophrenia, rehabilitation, psychosocial methods, pharmacotherapy.

Введение

Шизофрения - хроническое психическое расстройство с продуктивными (галлюцинации, бред) и негативными (ангедония, апатия) симптомами, а также нарушением когнитивных функций. Этиология заболевания неизвестна, оно характеризуется высоким уровнем заболеваемости, рецидивов и инвалидизации. Длительное течение шизофрении приводит к серьёзным нарушениям когнитивного и социального функционирования пациентов, что вызывает страдания и влияет на жизнь. Многие пациенты не справляются с заболеванием из-за недостатка знаний и стратегий преодоления, что становится бременем не только для них и их семей, но и для общества в целом. Психосоциальная реабилитация лиц, страдающих психическими заболеваниями, представляет собой научно обоснованный метод снижения бремени болезни и связанной с ней стигматизации в мировом масштабе.



Хотя нейролептики играют доминирующую роль в лечении шизофрении, существуют некоторые проблемы и ограничения в их применении. Во-первых, нейролептики имеют серьезные побочные эффекты, такие как чрезмерное седативное действие, усталость и эндокринные нарушения. Некоторые пациенты прекращают принимать свои лекарства из-за этих неприятных побочных эффектов. Это может помешать эффективному контролю над заболеванием, что приведет к обострению или рецидиву. Кроме того, антипсихотические препараты оказывают ограниченный эффект в облегчении негативных симптомов и улучшении индивидуального благополучия, психосоциального функционирования и жизненные возможности [2, с. 473]. Некоторые исследователи обнаружили, что от 25% до 40% пациентов продолжают испытывать психотические симптомы, несмотря на прием дозы нейролептиков, которая должна быть эффективной.

Значительные исследования показали эффективность психосоциальных вмешательств при шизофрении в отношении уменьшения негативных симптомов, улучшения функционирования и повышения благосостояния. Психосоциальные вмешательства, целью которых является оказание поддержки и просвещение людям с психическими расстройствами состояния здоровья, а также их семей включают различные виды психотерапии, социальной и профессиональной подготовки, такие как когнитивно-поведенческая терапия, семейная терапия, психообразование, обучение социальным навыкам и профессиональная реабилитация.

Целью данного исследования было обобщить эффективность различных психосоциальных вмешательств при шизофрении посредством обзора литературы. Поиск литературы проводился с использованием ключевых слов «шизофрения», «психосоциальное вмешательство», «когнитивно-поведенческая терапия», «семейная психотерапия», «психообразование» на PubMed, научной



электронной библиотеке eLIBRARY.RU и базы данных Cochrane Library издательства Wiley.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является распространенным типом структурированной, целенаправленной разговорной терапии, которая широко используется для лечения шизофрении. Национальный институт усовершенствования здравоохранения (NICE) рекомендовал ее в качестве дополнительного лечения для пациентов с этим заболеванием. КПТ при психозах предназначена для того, чтобы помочь пациентам лучше понять и нормализовать свое восприятие болезни, уменьшить страдания, вызванные ею, и улучшить их функционирование. Многие исследования показали, что сочетание лечения шизофрении антипсихотическими препаратами с КПТ приводит к более значительному уменьшению симптомов, чем только психофармакотерапия. Guo и соавт. провели рандомизированное контролируемое исследование, в котором 220 пациентам с шизофренией было назначено либо краткое вмешательство КПТ плюс психофармакотерапия ($n = 110$), либо только лечение нейролептиками ($n = 110$).

Исследование показало, что в группе КПТ наблюдалось значительно большее улучшение симптомов по сравнению с группой, где пациентов лечили только антипсихотиками, при последующих оценках, которые проводились через 6 и 12 месяцев после лечения. Эти результаты позволяют предположить, что КПТ может быть эффективным дополнением к психофармакотерапии для пациентов с психозом [7, с. 119].

Jaunhar и соавт. обнаружили, что КПТ оказала лишь небольшое влияние на улучшение положительных и отрицательных симптомов и общей симптоматики. Возможно, в этом мета-анализе использовались строгие критерии «исследования хорошего качества», поэтому величина эффекта КПТ, возможно, была недооценена. Потребуется дополнительные крупные клинические



рандомизированные исследования, чтобы сделать убедительные Заключение в пользу КПТ [5, с. 29].

Семейное вмешательство предоставляет профессиональные знания и поддержку пациентам и их семьям, помогая им справляться с проблемами, связанными с заболеванием. Семейная психотерапия помогает членам семьи развивать более тесные отношения, улучшать коммуникацию и справляться с разногласиями и конфликтами внутри семьи. Исследования выявили связь между эмоциональным самовыражением семей пациентов и риском рецидива. Пациенты, живущие в семье, в которой наблюдается высокий уровень критики, враждебности или чрезмерного участия, с большей вероятностью будут испытывать частые рецидивы.

Таким образом, семейная терапия может помочь улучшить соблюдение режима приема лекарств, уменьшить количество рецидивов и предотвратить повторную госпитализацию за счет снижения эмоциональной экспрессии и стресса в семье. Giron и соавт. провели двухлетнее рандомизированное контролируемое исследование для изучения влияния семейной терапии на клинические и социальные результаты и нагрузку на семьи.

Результаты показали, что семейная терапия значительно сократила сроки пребывания в больнице в экспериментальной группе и была связана с меньшим количеством рецидивов, госпитализаций и нежелательных явлений. Кроме того, Giron обнаружил, что эмпатия и отсутствие доминирования члена семьи были независимым фактором эффективности семейных вмешательств. Метаанализ 53 рандомизированных клинических исследований показал, что семейное вмешательство может снизить частоту рецидивов и госпитализаций, но нет доказательств, подтверждающих эффективность этих вмешательств в предотвращении аутоагрессивных действий.



Психообразование направлено на предоставление информации о причинах, симптомах и методах лечения психических расстройств. Эта информация может помочь пациентам принимать обоснованные решения о своем лечении и реабилитации. Для пациентов с шизофренией психообразование обычно охватывает следующие темы: симптомы заболевания, модели состояния, действие и побочные эффекты антипсихотических препаратов, психотерапия при шизофрении и стратегии профилактики рецидивов. Хia и соавт. провели метаанализ, чтобы сравнить эффекты психолого-педагогических вмешательств со стандартной медицинской помощью при лечении шизофрении. Их исследование включало 44 испытания и показало, что психотерапевтическая группа продемонстрировала более высокий уровень приверженности к лечению и более низкую частоту рецидивов, чем контрольная группа.

Данные, полученные с помощью шкалы, также показали, что социальное и глобальное функционирование пациентов в психотерапевтической группе было лучше, чем в контрольной группе [1, с. 971]. В дополнение к оказанию психотерапевтической помощи непосредственно пациентам, во многих исследованиях изучалась эффективность оказания психотерапевтической помощи их семьям.

Заключение

Психосоциальные вмешательства – это комплекс мер, направленных на поддержку, обучение и руководство людей, страдающих шизофренией, и их близких. Они помогают пациентам лучше справляться с заболеванием и успешно интегрироваться в общество.

Психосоциальные вмешательства основаны на различных теоретических подходах и направлены на разные аспекты заболевания. Они снижают частоту рецидивов, уменьшают выраженность симптомов, улучшают функциональное состояние пациентов и повышают приверженность лечению. Однако некоторые



метаанализы указывают на отсутствие или незначительное влияние психосоциальных вмешательств на некоторых пациентов с шизофренией.

Психосоциальные вмешательства следует рассматривать как дополнение к традиционному антипсихотическому лечению, направленное на усиление терапевтического эффекта. Кроме антипсихотических препаратов, в клинической практике применяются электросудорожная терапия (ЭСТ) и транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС). ЭСТ снижает частоту повторных госпитализаций, облегчает симптомы и улучшает когнитивные функции. Транскраниальная магнитная стимуляция была предложена в качестве нового метода лечения шизофрении, и её эффективность была продемонстрирована в ряде исследований. В дальнейшем исследовании можно было бы попытаться более подробно изучить этот метод.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Яковлев, А. С. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра проблема психофармакорезистентности / А. С. Яковлев, А. А. Яковлева // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: Материалы IV Международной научно-практической конференции, Кемерово, 20 октября 2023 года. Кемерово: ФГБОУ «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2023. С. 471-478.

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

3. Huang Y, Wang Y, Wang H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(3): 211–224.



4. Jauhar S, Laws KR, McKenna PJ. CBT for schizophrenia: a critical viewpoint. *Psychol Med.* 2019; 49(8):1233–1236.

5. Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, et al. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry.* 2014; 204(1):20–29.

6. Lin H-T, Liu S-K, Hsieh MH, et al. Impacts of electroconvulsive therapy on 1-year outcomes in patients with schizophrenia: a controlled, populationbased mirror-image study. *Schizophr Bull.* 2018;44(4):798–806.

НАУЧНЫЙ ВКЛАД Л. С. ВЫГОТСКОГО В ОТЕЧЕСТВЕННУЮ ПСИХОЛОГИЮ

Яковлева Е. Ю.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель: к.психол. н., доцент Янко Е. В.

Аннотация. Статья посвящена научным достижениям Льва Семеновича Выготского. Выдающийся психолог XX века, чье научное наследие оказало значительное влияние на развитие отечественной психологии, трансформировавшее подход к исследованию человека. Подход, разработанный Выготским, отличается новаторством и глубоким пониманием взаимосвязи мышления и речи. Ввел понятие о высших психических функциях. Создавая культурно-историческую теорию к изучению психики, он заложил основы коррекционной педагогики и психологии, став основателем дефектологии - области работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья. состоит в разработке новаторских идей о влиянии социокультурной среды на психическое развитие человека, которые оказали колоссальное влияние на развитие психологии и педагогики как науки.



Ключевые слова: культурно - историческая теория, высшие психические функции, мышление, речь.

**L.S. VYGOTSKY'S SCIENTIFIC CONTRIBUTION
TO RUSSIAN PSYCHOLOGY**

Yakovleva E.Y.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Yanko E.V.

Abstract. The article is dedicated to Lev Semenovich Vygotsky. An outstanding psychologist of the 20th century, whose scientific legacy had a significant impact on the development of Russian psychology, which transformed the approach to human research. The approach developed by Vygotsky is characterized by innovation and a deep understanding of the relationship between thinking and speech. He introduced the concept of higher mental functions. Creating a cultural and historical theory for the study of the psyche, he laid the foundations of correctional pedagogy and psychology, becoming the founder of defectology - the field of work with children with disabilities. It consists in developing innovative ideas about the impact of the socio-cultural environment on human mental development, which have had a tremendous impact on the development of psychology and pedagogy as a science.

Keywords: cultural and historical theory, higher mental functions, thinking, speech.

Высшие и натуральные психические функции. Ключевым положением культурно - исторической теории Л.С. Выготского является концепция эволюции натуральных психических функций в высшие. Важное отличие высших психических функций (далее - ВПФ) заключается в опосредованности этих функций по своему строению (в процессе их протекания задействованы



культурные средства). Они социальные, формируются при активном участии других людей, членов общества. Управление ВПФ, в отличие от натуральных функций, происходит произвольно - они позволяют целенаправленно управлять познавательными процессами. К ВПФ по Выготскому относятся восприятие, логическая память, произвольное внимание, творческое воображение, мышление в понятиях и речь. ВПФ являются специфическим человеческим приобретением. Следуя идее общественно - исторической природы психики, Выготский совершает переход к трактовке социальной среды не как фактора, а как источника развития личности.

Натуральные психические функции (далее - НПФ), в свою очередь, по строению непосредственны, протекают без вмешательства культурных средств. Их происхождение природное, они продукт естественного развития. Управление НПФ происходит произвольно, без участия сознания. Они служат основой для развития ВПФ. К НПФ относятся механическая память, произвольное внимание, воспроизводящее воображение, образное мышление.

Развитие ВПФ не предопределено одной лишь морфологической структурой мозга; психические функции формируются прижизненно в результате обучения, воспитания, общения и присвоения опыта человечества.

Лев Семёнович Выготский утверждал, что развитие личности влечёт за собой не только совершенствование отдельных психических функций, но и установление сложных взаимосвязей между ними. Это приводит к системному и смысловому развитию сознания в целом. При этом уровень развития сознания, в свою очередь, оказывает существенное влияние на дальнейшее развитие всех психических процессов, включая патологические, а также различных форм сознательной деятельности.



Взаимосвязь мышления и речи.

Согласно логике культурно - исторической теории Выготского, мышление и речь взаимодействуют друг с другом посредством воображения, которое является основанием их единства.

В работе «Мышление и речь» ученый рассматривал «значение слов» как показателя развития мышления, которое напрямую связано с речевым развитием. Выготский считал, что основа и истоки мышления, в отличие от речи, являются принципиально разными. Так, например, эксперименты немецкого психолога Вольфганга Кёлера, обнаружившие способности шимпанзе к решению сложных задач, показали, что человекоподобный интеллект функционирует независимо, без участия экспрессивной речи (отсутствующей у обезьян). В филогенезе и онтогенезе мышления и речи отчетливо выделяется доречевая фаза в развитии интеллекта и доинтеллектуальная фаза в развитии речи. У маленьких детей и высших животных обнаруживаются своеобразные средства коммуникации, не связанные с мышлением - выразительные движения, жесты, мимика, отражающие внутренние состояния живого существа, но не являющиеся знаком или обобщением. В свою очередь, есть такие виды мышления, которые не связаны с речью (наглядно - действенное, наглядно - образное). Для обеспечения единства мышления и речи важно ориентироваться на целостную жизнедеятельность человека. Лев Семенович считал, что речь не только передает наши мысли, но и влияет на наше мышление, определяя его характер и содержание.

В своих исследованиях Выготский выявил, что развитие речи у детей происходит параллельно с развитием мышления. Он обратил внимание на то, что, когда ребенок начинает говорить, он начинает также развивать свою способность к абстрактному мышлению. В старшем дошкольном возрасте наглядно - образное мышление превращается в словесно - логическое благодаря



слову, которое обобщает в себе все признаки и свойства конкретного предмета. Слово - это не ярлык, присоединенный в качестве индивидуального названия к отдельному предмету, оно является тем «знаком», который позволяет развиваться человеческому мышлению до уровня абстрактного мышления.

Таким образом, можно сделать вывод, что взаимосвязь мышления и речи по Л.С. Выготскому заключается в том, что развитие речи и мышления происходит параллельно и взаимно влияет друг на друга. Речь не только передает мысли, но и помогает структурировать и организовывать информацию в нашем сознании.

Выготский - создатель культурно - исторического подхода к изучению психики. Закономерности нормального и аномального развития личности ребенка

Культурно - историческая теория Л.С. Выготского является одной из основополагающих концепций в психологии. Он утверждает, что психологические процессы и структуры формируются в ходе взаимодействия человека с культурным окружением и историческим контекстом. Согласно этому подходу, развитие человека происходит под влиянием социальной среды, культурных норм, ценностей и традиций. Выготский утверждал, что взаимодействие с близкими людьми, общение, обучение и культурные практики играют ключевую роль в формировании психических процессов, включая память, внимание, мышление и речь.

Основные понятия культурно - исторической теории.

Л. С. Выготский ввёл в психологию идею символического интеракционизма - социологического направления, завоевавшего известность в первой трети XX века. Она основывается на том, что все формы взаимодействия людей подразумевают общение, которое базируется на определённых символах.



Согласно выдвинутой ученым проблемы интериоризации, ребёнок усваивает внешне представленную ему информацию в виде способов деятельности, алгоритмов решения задач и т.д., которые становятся психологическими инструментами, посредством которых он познаёт окружающий мир. Нельзя не согласиться с этой точкой зрения. Однако, по мнению Л.С. Выготского, сама интериоризация должна, прежде всего, помочь ребёнку (человеку) разобраться в себе самом. В этом смысле, усвоенные способы деятельности и алгоритмы решения задач способствуют изменениям и уточнениям в «Я»-концепции (система представлений человека о себе как о личности и организме).

Следовательно, если понимать интериоризацию как простой перенос внешнего во внутреннее и видеть её основную функцию в овладении знаниями, умениями и навыками, то она теряет свой культурно - исторический смысл. Культурно - исторические основы интериоризации обеспечивают личностно - ориентированный характер обучения, направленный на становление и развитие образа «Я» (самосознания).

Второй аспект, связанный с обучением на основе культурно - исторической теории Л.С. Выготского, касается так называемого развивающего обучения, которое ориентировано не на актуальное развитие обучающихся, а на зону их ближайшего развития (далее - ЗБР).

Зона ближайшего развития, в понимании ученого, это расстояние между текущим уровнем развития человека и уровнем, который он может достичь при помощи взаимодействия с более опытным партнером. В традиционном понимании ЗБР - то, что ребёнок не умеет сам, но чему может научиться с помощью взрослого, который руководит и направляет деятельность ребёнка или с помощью более компетентных партнёров - детей. Согласно Выготскому, обучение должно не только опираться на достигнутый уровень развития ребёнка,



но и ориентироваться на созревающие функции (ЗБР), следуя впереди развития и играя в нём ведущую роль. Определение ЗБР позволяет диагностировать психическое развитие детей, их индивидуальные различия, делать прогнозы и педагогические рекомендации.

Следующий аспект теории Выготского, основывается на роли медиации - помогающей структуры или среды, которые облегчают решение задачи. Например, использование психологических инструментов, технологий или культурных образцов, которые становятся неотъемлемой частью всей когнитивной системы и безгранично расширяют диапазон деятельности и позволяют задействовать новые психологические функции. Согласно Выготскому ВПФ сначала разделяются между ребёнком и взрослым. То, что ребёнок не может сделать самостоятельно, он может выполнять вместе со взрослым, который тем временем знакомит его с культурными инструментами, которые опосредуют познание и деятельность (например, слова - названия предметов, указания и категоризации, числа для счёта, и т. д.). Эти культурно унаследованные инструменты разума усваиваются в ходе развития и становятся инструментами индивидуального разума.

Важную роль в теории Выготского также занимает разделение речи на внешнюю (звучащую) и внутреннюю (смысловую). Каждая речь имеет свою скорость и особенности развития.

Внешняя речь - это звучащая речь, адресованная другим (физический аспект, точка зрения, при помощи которого рассматриваются предметы, понятия, явления). Она является внешней формой мышления, которая постепенно внутренне преобразуется во внутреннюю речь и является основой для развития мышления. Внешняя речь развивается от части к целому, от слов к предложениям. Дети начинают говорить сначала отдельными словами, затем



связывают их в фразы, простые предложения и, в конечном итоге, переходят к сложным предложениям и связным речевым конструкциям.

Внутренняя речь, в свою очередь, развивается от целого к части, от предложений к словам (семантический аспект, характеризующий информацию с точки зрения ее смысла или значения). Используя внутреннюю речь, дети начинают с полных предложений и постепенно усваивают значения отдельных слов.

Выготский основатель дефектологии

Лев Семенович разработал основные закономерности формирования личности нормального и аномального ребёнка. Учёный утверждал, что нормальный и аномальный ребёнок развиваются по одним и тем же законам. При этом он отмечал своеобразие развития аномального ребёнка, которое заключается в расхождении биологического и культурного процессов развития. Выготский рассматривал дефект как «социальный вывих», вызванный изменением отношений ребёнка со средой, который приводит к нарушению социальных сторон поведения.

Учёный выдвинул идею о первичной и вторичной природе дефекта. Он считал необходимым строго различать первичные и вторичные отклонения, которые ведут к задержке развития аномального ребёнка. Также Выготский отмечал, что каждый аномальный ребёнок имеет резерв здоровых задатков, которые в определённых условиях открывают большие возможности для развития личности, и для этого необходимо определить их уровень и создать благоприятные условия.

Недостаточное развитие ВПФ (например, восприятия и пространственной ориентировки у слепых, мышления, речи у глухих, опосредованной культурной памяти у детей с умственной отсталостью и т.д.), а также социальной стороны



поведения учёный относил к вторичным отклонениям, которые косвенно связаны с основным первичным дефектом.

Он доказал, что такое взаимодействие первичных, вторичных и последующих, наслаивающихся на них аномалий усложняет структуру дефекта и затрудняет его адекватное понимание.

Выготский также проанализировал условия для профилактики или коррекции этих отклонений развития. По его мнению, соответствующее обучение и воспитание способствуют устранению причин, порождающих вторичные (третичные и т.д.) отклонения. При этом он считал, что главной областью компенсации является повышение культурного развития - укрепление коллективных отношений, развитие высших психических функций, сферы общения.

На протяжении всего XX века педагогическая наука развивалась под значительным влиянием психологической школы, основанной Л.С. Выготским. Данные тенденции сохраняются и в современном образовании. Уникальность Льва Семеновича Выготского как ученого, послужившая примером для многих поколений педагогов, заключается, в опережающем характере его учения. По меткому выражению В.П. Зинченко: «Выготский слишком намного опередил свое время».

Л.С. Выготский внёс значительный вклад в развитие отечественной психологии, разработав новаторские идеи о влиянии социокультурной среды на формирование психики человека. Он сформировал понятие о психических и натуральных функциях человека, а также внёс существенный вклад в изучение взаимосвязи между мышлением и речью. Кроме того, Л.С. Выготский разработал методы психологической диагностики и коррекции, которые стали основополагающими для развития современной психологии и образования. Его



работы оказали значительное влияние на формирование новых подходов к изучению психических процессов и методов их диагностики.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Выготский, Л. С. Собрание сочинений / Л. С. Выготский. Москва: Директ-Медиа, 2008. Том 1. 928 с. ISBN 978-5-4460-2075-1.
2. Выготский Л.С. Мышление и речь. Изд. 5. Издательство «Лабиринт». М., 1999. 352 с.
3. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. Издательство АПН РСФСР. Москва, 1961. 130с.
4. Вопросы дефектологии / Под ред. Л.С. Выготского, Д.И. Азбукина, Л.В. Занкова. М., 1930. № 6. 157 с.
5. Маланов, С. В. От определения психических явлений к анализу направлений развития действий / С. В. Маланов // Культурно-историческая психология. 2017. Том 13. № 2. С. 31-40.
6. Абрамов Ю. Ф., Акименко Г. В., Логунова Г. В. Проблема интеллигенции в России IX-XX века // Очерки историко-социального и философского исследования. Иркутск: Иркутский государственный университет, 1994. 125 с.
7. Перепёлкина, Н. А. Творческий научный вклад Л. С. Выготского в психологию / Н. А. Перепёлкина. Текст: непосредственный // Молодой ученый. 2016. № 27.1 (131.1). С. 8-11. URL: <https://moluch.ru/archive/131/35958/> (дата обращения: 16.11.2024).



СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Абашина Ксения Алексеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Акименко Галина Васильевна, к.ист.н., доцент, доцент кафедры клинической психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аешина Анна Константиновна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Алешко Юлия Александровна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Алиев Бурхан Артурович, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, соискатель степени PhD, Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Алмагамбетова Алия Абдуллаевна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Альтмайер Луиза Евгеньевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Андрюшина Елизавета Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аскарова Роза Исмаиловна, старший преподаватель, кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии, Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал, Республика Узбекистан, г. Ургенч

Афанасьева Юлия Николаевна, студент ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Новосибирск



Бабуря Елена Васильевна, к.м.н., главный врач, Психиатрическая больница №1 г. Макеевки Минздрава России, Россия, ДНР, г. Макеевка

Бакун Николай Николаевич, аспирант, Государственное учреждение образования «Академия последиplomного образования», Республика Беларусь, г. Минск

Беккер Анна Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Белов Данил Анатольевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Березин Егор Евгеньевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Березка Регина Григорьевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Бияхметова Айгерим Ергаликызы, врач-психиатр, Коммунальное Государственное предприятие на Праве хозяйственного Ведения «Областной Центр Психического здоровья» Управления Здравоохранения Области Абай, Республика Казахстан, г. Семей

Бойко Елена Олеговна, д. м.н. профессор, заведующий кафедрой психиатрии №1 ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Краснодар

Буданова Альбина Андреевна, ассистент кафедры психиатрии №1, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Краснодар

Валиуллина Евгения Викторовна, к.психол.н., доцент, доцент кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Василенко Маргарита Анатольевна, ассистент кафедры психиатрии и психосоматики, ГОБУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск



Величко Вилена Сергеевна, студент, Гродненский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и наркологии г. Гродно, Республика Беларусь

Видрич Анастасия Алексеевна, студент, УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина», Республика Беларусь, г. Брест

Власова Мария Александровна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Воробьева Ксения Константиновна, студент, ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А.Альбрехта Минтруда России, Россия, г. Санкт-Петербург

Герасимова Ирина Дмитриевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Гилязова Софья Владимировна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Головня Светлана Васильевна, преподаватель кафедры психологии, психолого-педагогического факультета, УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина», Республика Беларусь, г. Брест

Голушко Иван Дмитриевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Горбачев Михаил Дмитриевич, оператор научной роты, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Минздрава России, Россия, г. Санкт-Петербург

Григорьева Нина Иннокентьевна, клинический ординатор, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Новосибирск

Гудименко Софья, студент, УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина», Республика Беларусь, г. Брест

Гутова Софья Алексеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Гюлюмов Сахиль Сирадж оглы, студент, ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», Россия, г. Саратов



Давыдов Андрей Максимович, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Дадахуджаев Зафар Алишер угли, студент, Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Данилова Наталья Степановна, старший преподаватель, кафедра социальной и семейной психологии Белорусского государственного педагогического университета имени М. Танка, Институт психологии, Республика Беларусь, г. Минск

Деревянко Екатерина Яковлевна, Государственное учреждение «Территориальный центр социального обслуживания населения Партизанского района г. Минска», специалист по социальной работе. Республика Беларусь, г. Минск

Джумакова Алма Быгиновна, врач-психиатр медицинской призывной комиссии, Коммунальное Государственное предприятие на Праве хозяйственного Ведения «Поликлиника №1 г. Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Дигмелашвили Наталья Викторовна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Долгих Екатерина Алексеевна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Домнина Ольга Викторовна, доцент кафедры Правовой психологии, судебной экспертизы и педагогики, кандидат юридических наук, ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», Россия, г. Саратов

Енсебаева Индира Зейнуллиевна, врач-психиатр, Госпиталь с поликлиникой ДП области Абай, Республика Казахстан, г. Семей

Еркинова Жансая Еркинкызы, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Иванов Василий Валерьевич, студент, «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

Иконников Семен Павлович, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Исайкина Любовь Игоревна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Жукова Нина Владимировна, студент, «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

Зайцева Евгения Вадимовна, студент, «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

Каган Валерия Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кильдюшов Илья Алексеевич, студент, ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», Россия, г. Саратов

Киреев Дмитрий Олегович, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кирина Юлия Юрьевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кирилко Софья Павловна, студент, УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина», Республика Беларусь, г. Брест

Кирпиченко Вероника Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кирпиченко Виктория Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Клюева Ольга Павловна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Ковалева Диана Валерьевна, студент, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Ростов-на-Дону

Колосова Екатерина Вячеславовна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Конради Андрей Алексеевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Комарчук Анастасия Сергеевна, Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

Кормина Кристина Сергеевна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Коробов Тимур Андреевич, студент, Саратовская государственная юридическая академия, Россия, г. Саратов

Кравченко Анастасия Сергеевна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Курмаш Нурай Оразалиевна, студент, Южно-Казахстанский университет им. М.Ауезова, Республика Казахстан, г.Шымкент

Лищенко Диана Дмитриевна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Лобанова Евгения Игоревна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Лукашов Василий Витальевич, оператор научной роты, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Россия, г. Санкт-Петербург

Лукашук Юлия Васильевна, магистрант кафедры психологии, направление психологического консультирования, ФГБОУ ВО «Херсонский государственный педагогический университет», Россия, г. Херсон

Мальцева Светлана Ивановна, студент, Автономная некоммерческая организация высшего образования «Сибирский институт бизнеса, управления и психологии», Россия, г. Красноярск

Мамедова Лейла Эльшан кызы, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Манахова Юлия Ивановна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Манюшина Виктория Михайловна, студент, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Россия, г. Санкт-Петербург

Мартыненко Мария Алексеевна, студент ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Барнаул

Монгуш Аялга Монгун-ооловна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Мусаева Мадина Хизыровна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Наумова Валерия Вячеславовна, студент ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Новосибирск

Никитенко Ксения Дмитриевна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Никитина Елизавета Евгеньевна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Нурходжаев Сабир Насирходжаевич, старший научный сотрудник-исследователь кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Ощепкова Полина Артемовна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Павлова Дарья Юрьевна, студент, Автономная некоммерческая организация высшего образования «Сибирский институт бизнеса, управления и психологии», Россия, г. Красноярск

Пазенко Дмитрий Андреевич, студент ФГАОУ ВО «РНИМУ имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Россия, г. Москва

Палагичева Юлия Андреевна, студент ЧОУ ВО ЮУ «Институт Управления, Бизнеса и Права», Россия, г. Ростов-на-Дону Россия



ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ XXI ВЕКА:

первые шаги в науку
и практику



Парфенчук Диана Денисовна, студент, ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», Минздрава России, Россия, г. Красноярск

Петров Евгений Дмитриевич, студент, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Россия, г. Москва

Полтаева Анастасия Сергеевна, ординатор ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Помыткина Татьяна Евгеньевна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой поликлинической терапии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Пономаренко Юлия Алексеевна, студент, Национальный Университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека, Республика Узбекистан, г.Ташкент

Прокопенко Елизавета Вячеславовна, студент ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Новосибирск

Прокошкина Дарья Сергеевна, студент ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», Россия, г. Саратов

Рафикова Зебинисо Мухтор кизи, ординатор, Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Рохмистрова Надежда Сергеевна, младший научный сотрудник, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Рыжих Дарья Андреевна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Рылина Арина Игоревна, студент ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Новосибирск

Сайибназаров Арсланбек Бахромович, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Самойлов Роман Николаевич, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Саргсян Зеиджан Геворговна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Сафарбаев Бобурбек Бахтиёрович, психолог, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, г. Ургенч

Сафоненко Глеб Егорович, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Соболева Ольга Михайловна, к.б.н., доцент, кафедра микробиологии и вирусологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Сымоник Надежда Викторовна, студент, УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина», Республика Беларусь, г. Брест

Зайцева Евгения Вадимовна, студент, «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

Толкач Анна Сергеевна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Туйчиев Шерзад Таирович, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии, психотерапии, Ташкентский Педиатр Сафоненко Глеб Егорович ический Медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Усова Екатерина Михайловна, студент, «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

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

Филиппова Людмила Михайловна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Фролкова Устинья Дмитриевна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Ходзенена Ева Ярославна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Худякова Марина Дмитриевна, студент, ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Россия, г. Красноярск

Чебатура Ольга Юрьевна, студент ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Шабанова Лейла Омар, студент, Национальный Университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека, Республика Узбекистан, г.Ташкент

Шилкина Есения Сергеевна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Шмаков Егор Ильич, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Щербаков Максим Викторович, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Шкулдыцкая Екатерина Дмитриевна, студент, УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина», Республика Беларусь, г. Брест

Шолудченко Инесса Евгеньевна, студент ЧОУ ВО ЮУ «Институт Управления, Бизнеса и Права», Россия, г. Ростов-на-Дону Россия

Эпова Надежда Павловна, кан. психол. наук доцент, доцент кафедры педагогики ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства Российской Федерации, Россия, г. Ростов-на-Дону, доцент кафедры организационной и прикладной психологии ФГБОУ ВО «Южный федеральный университет»

Юдин Семён Анатольевич, преподаватель кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Яковлева Алина Андреевна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ XXI ВЕКА:

первые шаги в науку
и практику



Яковлева Екатерина Юрьевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Янко Евгений Владимирович, к.психол.н., доцент, заведующий кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Яхонтова Маргарита Вячеславовна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ XXI ВЕКА:

первые шаги в науку
и практику



Научное издание

Всероссийская междисциплинарная
научно-практическая конференция
молодых учёных и студентов

**ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ,
НАРКОЛОГИЯ XXI ВЕКА: ПЕРВЫЕ ШАГИ
В НАУКУ И ПРАКТИКУ**
28 ноября 2024 г.

16+

Редактор А. С. Смирнов

Подписано в печать 29.11.2024. Формат 60x84 1/16.

Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 47,6

Тираж 500 экз. Заказ № 103234

Кемеровский государственный медицинский университет

650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22 А.

Отпечатано в типографии ООО «АРФпринт»: г. Кемерово, ул. Карболитовская, 1/173, офис 202.

Тел.: (3842) 65-79-09. Сайт: www.arf-print.ru