

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССА
ТОМСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК НИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ГБУЗ «КУЗБАССКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
ГБУЗ «КУЗБАССКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА Н. П. КОКОРИНОЙ»
РОО «КЕМЕРОВСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ»
ФГБОУ ВО КЕМЕРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.

ПЕРСПЕКТИВЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Межрегиональная научно-практическая
конференция с международным участием,
посвященная 85-летию психиатрической службы
и 50-летию наркологической службы Кемеровской области

Сборник тезисов

(Кемерово, 10 октября 2024 г.)

Москва 2024

УДК [616.89+616.89-008.441.33](082)

ББК 56.14 я43

П 863

Редакционная коллегия:

академик РАН Н.А. Бохан (главный редактор)

д.м.н. Т. В. Казенных, д.м.н., проф. С.А. Иванова, д.м.н. В.Ф. Лебедева,
к.м.н. О.Э. Перчаткина, д.м.н., проф. А.М. Селедцов, д.м.н., проф.
А.А. Лопатин, к.м.н. В.А. Сорокина, к.м.н. Д.Г. Платонов, д.м.н., проф.
Е. Д. Счастнй, д.м.н. Е. Г. Корнетова

П 863

Психиатрия и наркология в современных условиях. Перспективы междисциплинарного взаимодействия. Сборник материалов (Кемерово, 10 октября 2024 г.) / под ред. Н. А. Бохана. – Москва : Альпен-Принт, 2024. – 519 с.

В сборнике представлены секционные доклады участников Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием к 85-летию психиатрической службы и 50-летию наркологической службы Кемеровской области.

Основная цель конференции определена как обсуждение современного состояния реабилитации психически больных и места реабилитационных технологий в общей структуре психиатрической помощи. В центре внимания находились вопросы, связанные с выявлением роли клиничко-динамических аспектов психических расстройств в общей структуре терапевтических и реабилитационных мероприятий и обсуждение новых форм организации психопрофилактической и психореабилитационной помощи населению Сибирского федерального округа.

Материалы сборника представляют интерес для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, организаторов здравоохранения, социальных работников и других специалистов, работающих с лицами с психическими расстройствами и членами их семей.

Материалы публикуются в авторской редакции.

ISBN 978-5-6052580-6-3

В макете обложки использованы фотографии из открытого источника.–

URL: https://andrey.doronchenko.ru/upload/text/2023/03/203_2.jpg

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

© НИИ психического здоровья, 2024

© Кемеровский государственный
медицинский университет, 2024

© Кузбасская клиническая психиатрическая больница, 2024

ISBN 978-5-6052580-6-3

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	12
АРТ-ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>Абдуллаева В. К., Сафарбаев Б. Б., Бабарахимова С. Б.</i>	23
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Абрамов Б. Э., Сквиря И. М.</i>	31
НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА <i>Авин А. И.</i>	40
ПРОБЛЕМЫ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ, ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ И ПСИХОТРАВМЫ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 <i>Акименко Г. В., Селедцов А. М., Кирина Ю. Ю.</i>	52
СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ И ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ <i>Аксенов М. М., Перчаткина О. Э.</i>	63
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ УСТАНОВОК ЛИЧНОСТИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ <i>Аршинова Е. В., Янко Е. В.</i>	72
ПЕСОЧНАЯ АРТ – ТЕРАПИЯ И ЕЕ ВОЗМОЖНОСТИ В РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ <i>Аскарова Р. И.</i>	84

СТИЛИ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ <i>Бабарахимова С. Б., Кадырова М. Х.</i>	89
БОЕВОЙ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС: КОГНИТИВНАЯ РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ <i>Бабура Е. В.</i>	95
РАБОТА С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ. ВЗГЛЯД КОНСУЛЬТАНТА «ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ» <i>Белоногов М. Е., Лопатин А. А., Рублева О. П.</i>	100
ОПЫТ РАБОТЫ ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ С АБОНЕНТАМИ, ИМЕЮЩИМИ НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА. МОТИВИРОВАНИЕ В РЕЖИМЕ ТЕЛЕФОННОГО ДИАЛОГА ЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ НА ОБРАЩЕНИЕ ЗА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ <i>Белоногов М. Е., Зорохович И. И., Колтакова Ю. В., Рублева О. П.</i>	113
ПСИХОВИЗУАЛИЗАЦИЯ КАК НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ИЗУЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР <i>Богданов Я. В.</i>	129
ИНТЕГРАЦИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРЕНИЯ И МНОГОПАРАМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ОЦЕНКЕ СИМПТОМАТИКИ ШИЗОФРЕНИИ: КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ГРАФИЧЕСКОЙ И ТЕКСТОВОЙ ПРОДУКЦИИ, КОРРЕЛЯЦИИ С ШКАЛОЙ PANSS И СРАВНЕНИЕ СО ЗДОРОВЫМ КОНТРОЛЕМ <i>Богданов Я. В.</i>	148

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ОБРАЗОВАНИЯ	
<i>Бондарева Е. В.</i>	173
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ	
<i>Бородин А. В., Вострых Д. В., Лопатин А. А., Дубчак Ю. В.</i>	180
ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ «ЗАМЕЩЕНИЕ» НА ПАРАМЕТРЫ АССЕРТИВНОСТИ ЛИЧНОСТИ	
<i>Валиуллина Е. В.</i>	186
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПРИВЯЗАННОСТИ	
<i>Василенко М. А.</i>	195
К ВОПРОСУ О ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	
<i>Вострых Д. В., Рубцова О. С.</i>	202
КОМОРБИДНОСТЬ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ	
<i>Воеводин И. В.</i>	209
ОКАЗАНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ПРИВЛЕЧЕННЫМ К АДМИНИСТРАТИВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ИЛИ ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ БЕЗ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА	
<i>Вострых Д. В., Лопатин А. А., Дементьева Г. С., Юрчак Е.Н.</i>	213

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ОТДЕЛЕНИИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ	
<i>Говорова Г. М., Дарсалия О. В., Зорохович И. И.</i>	219
ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	
<i>Говорова Г. М., Зорохович И. И.</i>	230
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ДИСТАНЦИОННОГО ФОРМАТА ОБУЧЕНИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НАВЫКОВ ИНОЯЗЫЧНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ КОММУНИКАЦИИ	
<i>Гукина Л. В.</i>	235
ВЗАИМОСВЯЗЬ СТИЛЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПИТАНИЯ С УРОВНЕМ КИБЕРАДДИКЦИИ ПОДРОСТКОВ	
<i>Данилова Н. С., Юркевич Н. А.</i>	243
АНАЛИЗ СУЩЕСТВУЮЩИХ ПОДХОДОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ	
<i>Данькина И. А., Данькина В. В., Данькин К. В.</i>	253
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ В СТРУКТУРЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ШИЗОФРЕНИИ (НА МОДЕЛИ АРИПИПРАЗОЛА)	
<i>Дороженок И. Ю.</i>	261
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВОДОВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В КОНТЕКСТЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ	
<i>Жабарова Л. А.</i>	273

**ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,
ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПРИЕМОМ ИЗОНИАЗИДА
ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ**

Каримов Р. Х. 279

**ТЕХНИКИ АРТ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ
ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

Кадырова М. Х. 286

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ
УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Козлов Е. Е., Лизунова Н. В., Вострых Д. В., Лопатин А. А. 293

**РОЛЬ ОКСИТОЦИНА В МОДУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ
АСПЕКТОВ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Козлов М. Ю., Слюсарев А. С. 299

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАТИВНОГО ПОДХОДА
В РАБОТЕ ПСИХОЛОГА С ПОДРОСТКАМИ
С САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ**

Колесова Ю. В., Кулебакина С. Ф. 304

**ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ СПИРТСОДЕРЖАЩЕЙ ПРОДУКЦИЕЙ
НАСЕЛЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА**

Кормилина О.М., Мингазов И.Ф. 309

**О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ОТ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ,
ОБУСЛОВЛЕННОЙ АЛКОГОЛЕМ**

Кормилина О. М., Мингазов И. Ф. 315

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В МОСКВЕ В 2022-2023 ГОДАХ**

Кошкина Е. А., Киржанова В. В., Смирновская М. С., Кошкин Е. А. 322

**ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА**

Красноперова А. О. 329

**АРТ–ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ
В ПСИХОКОРРЕКЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА БАЗЕ ГБУЗ ЛКПБ
ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

Кулебакина С. Ф. 336

**АРТ-ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД СОЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Лобанова Е. И. 343

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

Лопатин А. А., Вострых Д. В., Никитин П. И., Кирина Ю. Ю. 349

**ОПЫТ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ВОЛОНТЕРСКИХ ОБЪЕДИНЕНИЙ
К РАБОТЕ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НЕ ЗАКОННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ
НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ИЛИ ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Лопатин А. А., Вострых Д. В., Дубская Ю. В., Яцута И. В. 353

**ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ КУЗБАССА**

Лопатин А. А., Вострых Д. В., Никитин П. И., Кирина Ю. Ю. 360

**ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
БЛАГОПОЛУЧИЯ С ЦЕННОСТНЫМИ ОРИЕНТАЦИЯМИ
МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СРЕДНЕЙ ВЗРОСЛОСТИ**

Лукашук Ю. В. 367

АНАЛИЗ СЛОЖИВШЕЙСЯ СИТУАЦИИ ПО ПРОДАЖАМ И ПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЬНОЙ ПРОДУКЦИИ НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ <i>Мингазов И. Ф., Кормилина О. М.</i>	376
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ <i>Москвина Я. В., Гордеев В. А., Ербягин К. Е., Иванец И. В.</i>	384
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА <i>Петкун Д. А, Корнетова Е. Г.</i>	390
SARS-CoV-2 - ИНДУЦИРОВАННОЕ НЕЙРОВОСПАЛЕНИЕ <i>Петрова А. Е., Пробст А. С., Речкин В. Н., Семёнов В. А., Янко Е. В.</i>	393
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЭПИДЕМИЕЙ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ <i>Помыткина Т. Е., Горлова В. А., Рогалис А. В.</i>	404
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА <i>Помыткина Т. Е., Чуева Е. В., Свирина Е. В.</i>	408
ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ КЕМЕРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА <i>Помыткина Т. Е., Прозорова А. Е.</i>	416
ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ БОЛЕЗНИ ЧЕЛОВЕКА ТУБЕРКУЛЕЗОМ <i>Рахимова Г. К.</i>	421

АРТ - ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПСИХОКОРРЕКЦИИ ТВОРЧЕСТВОМ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ <i>Рузубаев Р. Ю.</i>	428
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ <i>Рыжова М. И.</i>	436
АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КУЗБАССА В 2021-2023 ГОДАХ <i>Самсонова Г. М., Лопатин А. А., Вострых Д. В.</i>	440
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19: ТЕНДЕНЦИИ, ПОСЛЕДСТВИЯ, ФАКТОРЫ И ГРУППЫ РИСКА <i>Селедцов А. М., Кирина Ю. Ю., Яковлев А. С.</i>	448
ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ГБУЗ «КИСЕЛЁВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» <i>Синкина О. А., Диц М. В.</i>	466
СТРУКТУРА ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, В УСЛОВИЯХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА <i>Синявская И. А., Титиевский С. В.</i>	469
ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ В ГБУЗ «КУЗБАССКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» <i>Смирнова О. С., Федоренко Т. В., Китов А. В.</i>	478

**ЛИЧНОСТНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ
К ЛЕЧЕНИЮ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

Тагильцева Е. В., Наумова В. В., Рылина А. И. 484

**СОЦИАЛЬНЫЕ ТЕОРИИ АРТ-ТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ
ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА**

Эфрат Гус 491

**ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОМА
НА ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА**

Яковлев А.С., Яковлева А.А. 498

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ..... 506

**ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ:
ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ
(к 85-летию психиатрической
и 50-летию наркологической служб Кузбасса)**

В 1793 г. при Тобольском остроге открылось первое в Сибири специализированное помещение для содержания и лечения душевнобольных, названное «сумасшедший дом». В «рабочий, или смиренный дом» помещались «гуляки, люди непотребного поведения... ленивые, нищие... для проживания там и работы». Там же отводились комнаты для изоляции от общества «буйных умалишенных и слабоумных».

В 1909 г. была открыта психиатрическая лечебница для больных Сибирского края на 1 050 коек, из них 850 - для Томской губернии - 265 коек, для Тобольской - 180, для Енисейской – 75, для Иркутской – 60, для Забайкальской – 85, для Семипалатинской – 85, для КВЖД – 15 коек, 100 коек – для испытуемых подследственных арестантов и 100 коек – для частных пациентов за плату. Пациентов в больницу доставляли из самых отдаленных мест Сибири, нередко в цепях, кандалах, связанных веревками.

До 1931 г. жители Кемеровской области, которая входила в состав Томской губернии, а затем Новосибирского округа, получали лечение в психиатрических лечебницах этих территорий. В 1931 г. появляются изначальные сведения об организации психоизолятора при нервном отделении окружной больницы Щегловска, а в 1932 г. открывается психоизолятор на 10 коек при первой городской больнице Сталинска.

В 1937 г. психоизолятор в Щегловске преобразуется в психиатрическое отделение при Кемеровской окружной больнице, заведующим которым была назначена врач Надежда Михайловна Ферапонтова.

В 1939 г. приказом по облздравотделу г. Новосибирска в г. Кемерово открывается психиатрическая больница под руководством Н.М. Ферапонтовой.



Первый главный врач Надежда Михайловна Ферাপонтова

Несмотря на непригодность и малую площадь (больница располагалась в помещении бывшей тюрьмы) увеличивается количество коек, штат, расширяется арсенал терапевтических методов, вводится патронаж пациентов на дому.

По словам автора известной «Истории психиатрии» Ю.В. Каннабиха (1928), «Наука о душевных болезнях, начавшая когда-то свое вековое поприще в темной каземате и вынужденная вслушиваться лишь в отрывочные слова и выкрики прикованных к стене одичалых людей, вышла на широкий простор повседневной жизни. В главнейших вопросах общественной гигиены её представителям принадлежит ответственная и почетная роль» [2].

В 40–50-е гг. Кемеровская психиатрическая больница располагалась в трех обветшалых деревянных зданиях. Лишь одно из них с цокольным кирпичным этажом. Неподалеку в здании полуразрушенной избы находилась клиническая лаборатория. Все эти убогие постройки были огорожены от постороннего взгляда обывателей изгородью из заостренных горбылей.



Моисей Аронович Мазур



Главный врач М.А. Мазур с министром здравоохранения СССР С.В. Куратовым

В 1956 г. главным врачом Кемеровской областной психиатрической больницы был назначен Моисей Аронович Мазур. С его приходом открывается первое диспансерное отделение, послужившее началом организации сети психиатрической службы области.

С этого времени начинается период систематизированного развития материальной базы психиатрической службы, децентрализация сети, организация диспансерных отделений. Врачи-психиатры проходят обучение у известных психиатров советского периода: академиков Е.А. Попова, А.В. Снежневкого, О.В. Кербикова, Г.В. Морозова, профессоров Г.Е. Сухаревой, Э.Я. Штернберга.

Психиатрическая служба Кемеровской области формировалась с учетом новых современных подходов к лечению, реабилитации и содержанию психически больных. Новые тенденции предусматривали формирование единого лечебно-реабилитационного комплекса, включающего в себя стационарные и амбулаторные подразделения. Именно Кемеровская областная психиатрическая больница «запатентовала» такую новую форму помощи, как «стационар на дому», это приоритетное направление стало разрабатываться с 1960 года.

В том же году на базе больницы был организован курс по психиатрии Кемеровского медицинского института, пока ещё представленный единственным штатным сотрудником – кандидатом медицинских наук Юрием Григорьевичем Козловым. За короткий период времени курс приобрел формат кафедры, которая пополнилась в 1961–1963 г.г. энергично-инициативной молодежью. Это были новые ассистенты: участник Великой Отечественной войны Владимир Алексеевич Мильченко, кандидаты медицинских наук Эмма Семеновна Вишневская и Анатолий Алексеевич Корнилов.

В том же 1960 году в Кемеровской областной психиатрической больнице открывается дневной стационар и впервые в СССР создается совершенно новое внебольничное подразделение - стационар на дому.

К 1964 г. в составе психиатрической службы Кемеровской области в целом насчитывалось 2 050 стационарных коек, сконцентрированных на территории пяти крупных промышленных центров (Калтан, Новокузнецк, Прокопьевск, Ленинск-Кузнецкий, Кемерово). В других городах области и сельских районах психиатрическая помощь оказывалась в психиатрических кабинетах. Наряду с формированием материальной базы, децентрализацией психиатрической помощи интенсивно совершенствовалась организационная структура службы и система её управления.

В 1967 г. для кемеровских психиатров произошло глобальное событие – был построен и введен в эксплуатацию больнично-реабилитационный комплекс, в котором разместилась Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница.

К 1969 году в Кемеровской областной клинической психиатрической больнице разработан и апробирован единый реабилитационный комплекс (Д.Е. Мелихов, М.М. Кабанов, Е.Д. Красик, М.А. Мазур). Эта уникальная организационная структура объединила амбулаторный этап лечения (детско-подростковое и взрослое диспансерные отделения), круглосуточный

стационар с различным профилем коек, полустационарный этап (дневной стационар и стационар на дому) и лечебно-производственные мастерские, единые для всех звеньев комплекса. Это был мощный импульс и стимул последующего развития и модернизации форм психиатрической помощи.

В 1975 г. коллегией Министерства здравоохранения СССР было принято конструктивное решение о создании самостоятельной наркологической службы. Тогда впервые в области стали вести прием участковые врачи психиатры-наркологи, фельдшеры-наркологи. Начали открываться наркологические диспансеры, лечебно трудовые профилактории, наркологические отделения и кабинеты. Кроме того, это было время становления промышленной наркологии. Приказом Кемеровского облздравотдела от 07.02.1984 № 67 было утверждено решение об открытии областного наркологического диспансера под руководством Эдуарда Самуиловича Гоберника. Приказами городских отделов здравоохранения в середине 80-х гг. создаются наркологические диспансеры в Новокузнецке и Прокопьевске.

Несмотря на годы экономического застоя, в Кемеровской области была разработана и внедрена современная форма хозяйственного механизма, основанная на внедрении экономических рычагов в деятельность психиатрических учреждений.

Поэтапное осуществление дифференцированных комплексных лечебно-реабилитационных программ обеспечило возвращение к труду и в общество значительной части длительно болеющих больных и позволило предупредить их оседание в стационаре.

В 1982 г. областную психиатрическую больницу и психиатрическую службу Кузбасса возглавил Геннадий Григорьевич Платонов. Заслуженный врач России, доктор медицинских наук, практик с огромным клиническим опытом и фундаментальными теоретическими знаниями, он приложил все силы



Геннадий Григорьевич Платонов

чтобы достигнутые передовые рубежи не были утрачены в сложные годы экономических неурядиц. Он сохранил кадровый потенциал больницы, способствовал развитию новых научных направлений, его диссертационные исследования были посвящены вопросам организации специализированной психиатрической помощи, вопросам экономики здравоохранения.

Кафедрой психиатрии Кемеровского государственного медицинского института с 1971 по 1975 г. руководил профессор Евгений Иосифович Терентьев, приехавший из Монголии, где длительное время работал врачом. Бреду ревности посвящены его докторская диссертация и монография, до сих пор вызывающие профессиональный интерес у специалистов.

Профессор Анатолий Алексеевич Корнилов, возглавлявший кафедру 15 лет, воспитал целую плеяду учеников, под его руководством были защищены 18 кандидатских и 1 докторская диссертация. Тема его докторской диссертации в дальнейшем определила научное направление кафедры.

Профессор Наталья Петровна Кокорина начала свою работу на кафедре в 1970 г. и через 3 года защитила кандидатскую диссертацию, в 1994 г. - докторскую, посвященную психическому здоровью шахтеров. Под её руководством защищены 4 кандидатские диссертации.



Профессор Наталья Петровна Кокорина

Профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Андрей Анатольевич Лопатин в 1990 г. защитил кандидатскую, а в 2000 г. докторскую диссертацию по суицидальному поведению жителей Кузбасса. Под руководством профессоров А.А. Лопатина и Н.П. Кокориной в 1993 г. в области была создана суицидологическая служба.

С 1998 г. по настоящее время кафедру возглавляет профессор Александр Михайлович Селедцов, защитивший в 1986 г. кандидатскую, в 1994 г. докторскую диссертацию по проблемам алкоголизма и наркомании. Под его руководством организованы и проводятся циклы общего усовершенствования и профессиональной переподготовки для врачей по специальностям психиатрия, психиатрия-наркология, защищены 4 кандидатские диссертации. Почти 20 лет он возглавлял факультет последипломной подготовки. Александр Михайлович является членом Проблемной комиссии Научного Совета по наркологии РАН РФ, членом редколлегии научно-практического рецензируемого журнала «Сибирский вестник психиатрии и наркологии».

В 80-е годы было завершено формирование единой психиатрической службы области с развитой сетью психиатрических учреждений, располагающих полным набором внебольничных звеньев реабилитации. В

1983 году в Кемеровской областной психиатрической больнице сдано в эксплуатацию новое здание лечебно-производственных мастерских. Количество мест здесь увеличено до 200. Изменение контингента больных повлекло за собой открытие на базе ЛПМ дневного стационара на 75 мест.

В 2001 году ведущим специалистом Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области по психиатрии и главным врачом Кемеровской областной клинической психиатрической больницы стал Вадим Эдуардович Новиков. В 2003 году его назначили главным психиатром МЗ РФ в Сибирском федеральном округе. В учреждениях психиатрического профиля были открыты анонимные приемы: здесь граждане могут получить консультации и пройти обследования, не вставая на пугающий их учет.

Создана «Клиника первого психотического эпизода», успешно функционируют отделение интенсивной терапии с палатой психореанимации, организована система психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях. Особое внимание уделяется лицам пожилого возраста.

В настоящее время психиатрическую помощь в Кемеровской области возглавляет кандидат медицинских наук, главный областной специалист психиатр, член Правления Российского общества психиатров В. А. Сорокина. Вероника Альбертовна награждена Почетной грамотой МЗ РФ, Нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», Орденом Почета Кузбасса.

Государственное казенное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница» сегодня - это крупное лечебное учреждение. В ее структуру входит стационар на 1007 койки, который объединяет соматическое отделение, отделение неотложных состояний в психиатрии, детское отделение, два психотерапевтических отделения, 13 общепсихиатрических отделений.



Главный врач Вероника Альбертовна Сорокина

Больница включает диспансерное отделение на 400 посещений в сутки, дневной стационар, медико-реабилитационное отделение, стационар, лечебно-производственные мастерские.

Наркологическая служба Кемеровской области также создавалась и развивалась на базе психиатрической службы региона. В частности, уже в 60-х годах в связи с ростом наркологических заболеваний среди населения Кузбасса при психиатрических больницах области стали открываться наркологические отделения.

Распоряжением Губернатора Кемеровской области от 27.07.2006 № 94-рг Кемеровский наркологический клинический диспансер и Кемеровский областной наркологический диспансер реорганизованы и объединены в Кемеровский областной клинический наркологический диспансер, являющийся ведущей специализированной медицинской организацией, организующей профилактическую антиалкогольную и антинаркотическую работу в регионе. Его бессменным руководителем является д.м.н., профессор, главный нарколог Минздрава РФ по Сибирскому федеральному округу, главный внештатный

специалист ДОЗН Андрей Анатольевич Лопатин.

Реабилитационное отделение «Фламинго» Кемеровского областного клинического наркологического диспансера является победителем конкурса на лучшую реабилитационную программу для больных наркологического профиля, проводимую Министерством здравоохранения Российской Федерации. В основе этой универсальной программы лежит комплексный подход к проблеме возвращения пациентов к трезвой жизни.



Профессор Андрей Анатольевич Лопатин

Наркологическая служба Кемеровской области представлена широкой сетью наркологических диспансеров и специализированных наркологических подразделений при медицинских организациях региона. В области развернуто 442 наркологических койки для круглосуточного пребывания пациентов. Амбулаторная помощь представлена 47-ю взрослыми и 30-ю детскими наркологическими кабинетами, 11-ю дневными стационарами, рассчитанными на 226 пациенто-мест.

Реабилитационную помощь в настоящее время оказывают 4 отделения, развернутых в Кемерове, Новокузнецке и Прокопьевске. В 27 кабинетах наркологических подразделений Кемеровской области проводится

медицинское освидетельствование на состояние опьянения. Организованная система медицинского освидетельствования на состояние опьянения, в том числе несовершеннолетних, доступна во всех городах и районах Кемеровской области.

В области функционируют 3 химико-токсикологические лаборатории, осуществляющие химико-токсикологические исследования по аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ.

Распоряжением правительства Кемеровской области-Кузбасса от 03.04.2020 №161-р государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер» переименовано в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер».

18 ноября 2020 года Кузбасскому клиническому наркологическому диспансеру присвоено имя доктора медицинских наук, профессора кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровского государственного медицинского университета Натальи Петровны Кокориной.

АРТ-ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Абдуллаева В. К.,¹ Сафарбаев Б. Б.,² Бабарахимова С. Б.¹

¹*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт*

Республика Узбекистан, г. Ташкент

²*Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал*

Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В статье приводятся результаты исследований по диагностике групп риска развития сердечно-сосудистой патологией у пациентов психосоматического профиля с учётом уровня реактивной и личностной тревожности и механизмов совладающего поведения и современные подходы к оказанию психотерапевтического вмешательства с целью профилактики развития кардиоваскулярной патологии.

Ключевые слова: психосоматика, арт-терапия, депрессивные расстройства, психотерапия, сердечно-сосудистые заболевания

ART - THERAPY IN PATIENTS WITH A PSYCHOSOMATIC PROFILE

Abdullaeva V. K.,¹ Safarbaev B. B.,² Babarakhimova S. B.¹

¹*Tashkent Pediatric Medical Institute*

Tashkent, Uzbekistan

²*Tashkent Medical Academy, Urgench branch*

Tashkent, Uzbekistan

Abstract. This article discusses the results of the study, which make it possible to identify risk groups for the formation of diseases of the cardiovascular system, taking into account the personal characteristics of patients and the level of reactive and personal anxiety, and to provide timely medical, psychological and psychocorrectional assistance to patients of a cardiological profile, to predict the development of cardiovascular pathology at the earliest stages of its formation, using an adapted questionnaire for determining coping strategies and mechanisms of defensive behavior.

Keywords: psychosomatics, art therapy, depressive disorders, psychotherapy, cardiovascular diseases

Актуальность изучения оптимизации психотерапевтического вмешательства у пациентов кардиологического профиля обусловлена ростом числа заболеваемости данной патологии [4]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, депрессия к 2030 году будет одной из основных причин нетрудоспособности и займет второе место после сердечно-сосудистой патологии, опережая онкологические и травматологические заболевания [6]. Сердечно-сосудистая патология, кардиологические осложнения снижают качество жизни пациента, адаптационный потенциал, повышают риск развития суицидальных тенденций, могут привести к утрате профессионального статуса и инвалидности пациентов [5]. В практическом здравоохранении роль психокоррекционных мероприятий в редукции тревожных и депрессивных нарушений у пациентов психосоматического профиля доказана полученными результатами эффективности [1, 2, 8]. Эффективность использования интегративного подхода к психотерапии пациентов кардиологического профиля в стационаре определяется как особенностями патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний, адаптационными способностями личности, так и ограниченными сроками госпитализации [3, 7, 9].

Цель исследования: определить эффективность применения арт-терапии у пациентов кардиологического профиля с учётом гендерных особенностей.

Материалы и методы: было обследовано 114 пациентов кардиологического профиля с наличием депрессивной патологии в клинической картине заболеваемости, поступивших на лечение в отделения Хорезмского филиала Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Кардиологии и кардиохирургии. В группу исследования вошли пациенты в возрасте от 37 до 60 лет, из которых

43,0% (N=49) составляют мужчины, средний возраст – $51,8 \pm 0,88$ года, женщины - 57,0% (N=65) – средний возраст- $53,3 \pm 0,64$ года. Средний возраст обследованных пациентов составил $52,7 \pm 1,82$ года.

Распределение по клиническим группам с учетом кардиологического диагноза было следующим: 52 пациента (45,6% случаев исследования) имели диагноз ишемическая болезнь сердца, а 62 пациента имели диагноз гипертония (54,4% случаев исследования). В целях сравнительной оценки эффективности применяемой психотерапии было изучено 114 пациентов, разделенных на 2 группы: 1-ю группу составили 49 (43%) мужчин, 2-ю группу-65 (57%) женщин. Инновационные методы психотерапии у больных с сердечно-сосудистой патологией проводились медицинскими психологами и врачами-психотерапевтами в период стабилизации состояния. По специально разработанной схеме медицинские психологи в течение трех месяцев проводили групповые и индивидуальные сеансы арт-терапии (рис.1)



Рис.1. - Групповые сеансы арт-терапии.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования установлено, что у большинства пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями эмоциональная сфера характеризовалась наличием депрессивной патологии, высоким уровнем тревожности и обсессивно-фобическими расстройствами.

Для определения эффективности арт-терапии на инициальном этапе исследования у всех пациентов было проведено тестирование по шкале Спилбергера-Ханина с целью установления уровня личностной и реактивной тревожности в гендерном аспекте, которое обнаружило достоверно значимое преобладание высоких показателей реактивной тревожности у мужчин с диагнозом – гипертоническая болезнь ($P<0,001$), в то время как у женщин статистически значимые показатели высокого уровня тревожности наблюдались в группе заболевания с диагнозом - ишемическая болезнь сердца ($P<0,5$) (таблица 1).

Таблица 1.

Анализ показателей типов тревожности по шкале Спилбергера-Ханина у пациентов имеющих ССЗ в зависимости от гендерных особенностей.

тип тревожности	нозологическая единица, M+m			
	гипертоническая болезнь, n=52		ишемическая болезнь сердца, n=62	
	мужчины, n = 20	женщины, n = 32	мужчины, n = 29	женщины, n = 33
реактивный	47,2± 5,0	45,3± 5,5	34,2±6,6***	37,7±3,0**
личностный	42,9± 6,4	45,3± 5,6	47,4±7,7*	50,0±6,4*

Примечание: * достоверность различий гипертонии (*- $P<0,05$; **- $P<0,01$; ***- $P<0,001$)

Тревожная симптоматика укладывалась в рамки диагностических критериев панических атак и генерализованного тревожного расстройства в виде страха смерти или внезапной остановки сердца. Пациентов охватывало чувство неминуемой гибели и скоростижной смерти. На фоне пониженного настроения наблюдались и соматические эквиваленты депрессии - бессонница, отсутствие аппетита, спастические колиты и запоры. Отмечалось суточное

колебание настроения, сопровождающееся чувством тоски и безысходности. Большинство пациентов отмечало нарастающее чувство грусти и предчувствие приближающейся смерти. Реабилитационная программа состояла из проведения групповых сеансов арт-терапии, с целью скорейшего возвращения пациентов в социум и способствовала повышению адаптационного потенциала личности. На следующем этапе исследования были проведены групповые сеансы арт-терапии с частотой три раза в неделю в течении двух-трёх месяцев пребывания на стационарном лечении.

Основным методом психотерапевтического вмешательства явилась арт-терапия с использованием антистресс-раскрасок трафаретов, образцы которых были взяты с сайта «Pinterest». Сеансы арт-терапии проводили клинические и медицинские психологи с частотой три раза неделю, продолжительностью 30 минут в течении трёх месяцев наблюдения пациентов. Нами были обнаружены гендерные различия среди пациентов кардиологического профиля при проведении арт-терапии. Так, большая часть лиц мужского пола с удовольствием выполняли задания психотерапевта, при раскраске акварелью в основном использовали яркие теплые краски в ходе проведения арт-терапии, их раскраски отличались схожестью с реальной действительностью, образы соответствовали натуральным объектам. Мужчины в большинстве случаев, предпочитали раскрашивать трафареты природы и спортивных автомобилей, причём наблюдалось у мужчин применение натуральных, естественных цветов палитры красок акварели и гуаши.

В отличие от пациентов женского пола, мужчины редко в арт-терапевтическом сеансе использовали лепку, комбинированные методы арт-терапии, мозаику, аппликацию, украшение трафаретов рисунков бисером, но с удовольствием использовали технику оригами – складывание фигур из бумаги (рис.2).

Врач-психотерапевт в ходе арт-терапии определял по интерпретации использованных цветовых гамм точки-мишени для проведения комплексной

интегральной психотерапии с учётом личностных особенностей пациентов кардиологического профиля. Проведение арт-терапевтических сеансов способствовало воздействию на психологическую составляющую заболевания, улучшало эффект соматотропной терапии и нормализацию психовегетативных соотношений с учетом особенностей личности больного кардиологического профиля.



Рис.2. - Творчество лиц мужского пола.

Пациентки женского пола отличались усидчивостью и склонностью к монотонной и рутинной деятельности, с удовольствием раскрашивали трафареты на тему: цветы, кондитерские изделия, пирожные и торты. Более длительное участие лиц женского пола в сеансах групповой терапии творчеством объясняется их усидчивостью, склонностью к выполнению рутинной монотонной работы, большей терпеливостью и стабилизацией эмоциональной сферы.

Арт-терапия с использованием аппликационных методов способствовало развитию тонкой локомоторики и улучшению психоэмоциональной сферы женщин. В отличие от мужчин, лица женского пола с большим удовольствием изготавливали различные поделки из подручного материала (рис. 3).

У всех пациентов после проведения психотерапевтического

вмешательства с помощью психометрической шкалы Спилбергера-Ханина были определены уровни тревожности. Согласно полученным результатам достоверно установлено значимое снижение показателей реактивной тревожности у мужчин с диагнозом – гипертоническая болезнь ($P < 0,001$), и у женщин статистически значимые снижения уровня тревожности наблюдались в группе заболевания с диагнозом - ишемическая болезнь сердца ($P < 0,5$) (таблица 2).



Рис.3. - Творчество лиц женского пола.

Таблица 2.

Анализ показателей типов тревожности по шкале Спилбергера-Ханина у пациентов имеющих ССЗ в зависимости от гендерных особенностей после проведенной арт-терапии.

тип тревожности	нозологическая единица, M+m			
	гипертоническая болезнь, n=52		ишемическая болезнь сердца, n=62	
	мужчины, n = 20	женщины, n = 32	мужчины, n = 29	женщины, n = 33
реактивный	37,2± 5,0	35,3± 5,5	24,2±6,6***	27,7±3,0**
личностный	32,9± 6,4	35,3± 5,6	37,4±7,7*	39,0±6,4*

Примечание: * достоверность различий гипертонии (*- $P < 0,05$; **- $P < 0,01$; ***- $P < 0,001$)

С помощью проводимых арт-терапевтических сеансов были достигнуты статистически значимые снижения уровней реактивной и личностной тревожности, а также в рекомендательном порядке были проведены техники аутотренинга, холотропной гимнастики, семейной психотерапии, когнитивно-поведенческой, групповой динамической психотерапии и личностно-ориентированной психотерапии.

Заключение. Проведенная психотерапевтическая помощь пациентам кардиологического профиля свидетельствует о достоверном снижении уровня тревожности, положительная динамика отмечается у 78% пациентов кардиологического профиля, прошедших тренинги инновационной интегральной психотерапии, что указывает на необходимость данного вида групповой работы с больными сердечно-сосудистой и патологией эмоциональной сферы. Арт-терапия тревожных состояний у пациентов кардиологического профиля улучшала качество жизни и адаптационный потенциал личности, способствовала реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, позволило сократить количество госпитализаций и максимально продлить период ремиссии.

Литература/ References:

1. Абдуллаева, В.К. Современные подходы к арт-терапии у пациентов психосоматического профиля / В.К. Абдуллаева, Б.Б. Сафарбаев, С.Б. Бабарахимова // Человеческий фактор: Социальный психолог. 2024. № 3(51). С. 9-11. EDN IQNAES.

2. Абдуллаева В.К., Сафарбаев Б.Б. Эффективность применения инновационных методов психотерапии эмоциональных расстройств у пациентов кардиологического профиля // Человеческий фактор Социальный психолог. N 1 (39). 2020. С. 269-274.

3. Бабарахимова С.Б., Мирворисова З.Ш., Файзуллаева К.Р. Оптимизация психотерапии расстройств пищевого поведения у больных парноидной

шизофренией // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 23-24 марта 2023 года. Поляковские чтения 2023. Москва, 2023. С. 356-358

4. Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К., Сафарбаев Б.Б. Психологические защиты и копинг-стратегии у пациентов с сердечной сосудистой патологией // Человеческий фактор Социальный психолог, N 1 (45), 2023, С.247-253

5. Babarakhimova S.B Study of emotional disorders in adolescents // Science and innovation international scientific journal volume 3 issue 2 2024, pp. 54 -59

6. Babarakhimova S.B., Mirvorisova Z.Sh., Fayzullaeva K.R. Art therapy of digestive disorders in patients with paranoid schizophrenia // Problems of biology and medicine. 2023. - No 1 (142). - pp. 29-33.

7. Babarakhimova S.B., Sharipova F.K. Efficacy using the psychology and pedagogical help to teenagers with diabetes of the 1st type // Education and Psychology. No 3 (2017) pp. 77-80

8. Babarakhimova S.B., Sharipova F.K. The psychology and pedagogical help to teenagers with diabetes of the 1 type // Personality in Changing World: Health, Adaptation, Development. No 3 (18) 2017, pp. 381-390

9. 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

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Абрамов Б. Э., Сквиря И. М.

*«Гомельский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь, г. Гомель*

Аннотация. В данной статье анализируется взаимосвязь и взаимовлияние психического здоровья и пандемии COVID-19 и значимость в этих процессах

достоверной информации. Обосновывается возрастающая роль государства в борьбе с инфодемией и укреплении здоровья населения.

Ключевые слова: психическое здоровье, пандемии COVID-19, инфодемия, социально-психологическая дезадаптация, социальная компетентность.

FEATURES OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

Abramov B. E., Skvira I. M.

Gomel State Medical University, Republic, of Belarus Gomel

Abstract. This article analyzes the relationship and mutual influence of mental health and the COVID-19 pandemic and the importance of reliable information in these processes. The increasing role of the state in combating the infodemic and strengthening public health is substantiated.

Keywords: mental health, COVID-19 pandemics, infodemic, socio-psychological maladjustment, social competence.

Недавняя пандемия заставила под другим углом рассматривать вклад специалистов, работающих в сфере психического здоровья, в борьбу с недугом. Бремя проблемного настроения в общей популяции в то время выросло на 30% в отношении как тревоги, так и депрессии, а у медработников наблюдались практически у половины [1, С. 18]. ВОЗ еще в начале пандемии признала, что существует пробел между востребованностью психологической помощи и возможностями её оказания.

Как показала практика, подготовиться, как следует, не получилось ни в одной стране. Ещё в доковидные времена обратили внимание на то, что ограничительные меры хоть и препятствовали распространению вируса, но провоцировали эмоциональное неравновесие у людей. Пандемия подтвердила: почти вдвое выросла вероятность развития депрессивных, тревожных

расстройств и расстройств, связанных со стрессом. Во всем мире увеличился уровень гнева, выросло потребление алкоголя, снизилась самооценка. Возникли вопросы организационные: кто, где и когда будет лечить душевно больных пациентов с COVID-19. Появилась идея о внедрении дистанционных методов. В самом начале пандемии обратили внимание на компоненты психологического ответа на это событие. Выяснилось, что симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и феномены психологического стресса (переживание невозможности расслабиться, трудности засыпания, беспокойство) в сумме определяли форму дезадаптивного реагирования практически у 50 % обследованных. Вместе с этими проявлениями имели место депрессия, тревожные расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) и другие [1, С. 18].

В последние десятилетия психиатрия, в рамках клинико-эпидемиологического раздела в контексте организации психиатрической помощи населению, обращается к конструкту «продолжительность нелеченого заболевания» (duration of untreated illness, DUI). Под этим термином понимается время, в течение которого нуждающийся человек, имея признаки болезни, почему-то не получает специализированной помощи. По данным О.А. Скугаревского (2022), DUI для генерализованного тревожного расстройства составляет порядка 9 лет, ПТСР - 12 лет, для социальной фобии - 20 лет и т.д.

Эти цифры значимы и когда речь идет о COVID-19. На фоне нелеченого ПТСР после перенесенного заболевания головной мозг и организм не могут восстановиться. В частности, из-за:

- повышенной активности симпатической нервной системы;
- повышенной активности мозговых сетей, связанных с использованием мозговых сетей, связанных с исполнительским контролем, решением проблем, эмоциональной регуляцией;
- дефицитарности работы мозговых сетей, вовлеченных в вознаграждение;

- нелеченый ПТСР оборачивается иммуносупрессией, а значит делает организм поврежденным воздействию новых инфекционных агентов.

Ковидная пандемия акцентировала, что над возможностью адаптации человека следует работать больше, чем над навыками совладания. Это длительный процесс подстраивания к новым условиям с учетом индивидуальных особенностей (аффективных, когнитивных, поведенческих, физических и духовных). Адаптивность - не черта личности. Это сложный механизм, обеспечивающий сопротивляемость и своего рода психологический рост субъекта, столкнувшимся с таким тяжелым потрясением, как COVID-19.

В реализации механизмов адаптивности значимыми являются две группы процессов:

- нейробиологические (гены, эпигенетика, системы стрессового ответа, иммунные механизмы, нейрональные механизмы (сети);
- культурные: бытующие в обществе системы убеждений, способы адаптации.

С медико-психологической точки зрения адаптивность - посредник между личностными особенностями и уровнем психологического здоровья. С позиции личностного конструкта высокий уровень адаптивности человека определяется свойственной некоторым людям слабой степенью выраженности отрицательных эмоций (низкий невротизм). Большую «психологическую выживаемость» в ситуации конфронтации со стрессом обеспечивают хороший самоконтроль (высокая осознанность), открытость новому опыту и низкая мотивация поддержания хороших отношений с другими («низкая приятность»).

По мере «привыкания» к пандемии, от тревожных опасений неминуемо тяжелых последствий, контагиозности, что было актуально в её начале, происходит сдвиг в сферу поведенческих реакций (одиночество, отвержение с депрессией и тревогой). Такая инверсия акцентов сопутствовала снижению комплаенса в терапии, риску агрессивных и суицидальных реакций.

Анализ многочисленных наблюдений периода пандемии показал, что

наличие психических расстройств (от органических до невротических) увеличивало вероятность заражения коронавирусной инфекцией в 1,45 раза. С другой стороны, наличие любого психического расстройства связано с увеличением вероятности летального исхода от COVID-19 примерно в 2 раза.

Феномен горевания тоже приобрел некоторые особенности: горевали из-за того, что физическая и психическая привязанность перестала быть конгруэнтной: человек вынужден был физически отдаляться от родственников, уходя на карантин и сохраняя психологическую привязанность к ним. Стигматизированное горе - отдельная проблема. Горюющий человек мог посчитать себя ответственным за смерть близкого, которого он мог заразить.

COVID-19 - нейротропный вирус. В 2020 году он принес 53 млн. новых случаев депрессии и 71 млн. случаев тревожных расстройств. Для женщин более характерным было развитие тревоги, депрессии, ПТСР. Молодые люди в основном сталкивались с депрессивными расстройствами и расстройствами сна. Тревога, депрессия, ПТСР чаще обнаруживались у людей, которые во время болезни имели проблемы с дыхательной системой, астения - у людей с желудочно-кишечными симптомами в остром периоде. Тяжесть неврологической патологии, в том числе обоняния, не была надежным предиктором для психологических симптомов в пост - ковиде [1, С. 19].

Когнитивные жалобы, у перенесших коронавирусную инфекцию, отмечаются часто. По данным метаанализов выяснилось, что во многих случаях они не подтверждались результатами нейропсихологических обследований. Но у тех, кто жаловался на когнитивную дисфункцию, часто обнаруживались феномены тревоги и депрессии.

У каждого пятого пациента с COVID-19 в течение 90 дней развивается психическое заболевание, утверждали авторы исследования, опубликованного в журнале The Lancet Psychiatry. Международная группа ученых проанализировала электронные медицинские карты 69 млн. человек, в том числе более 62 тысяч случаев COVID-19. В течение трех месяцев после

положительного теста на коронавирус у 20 % выживших отмечается впервые установленный диагноз тревоги, депрессии или бессонницы. Исследователи обнаружили значительно более высокий риск деменции. Это примерно в два раза чаще, чем для других групп пациентов за тот же период. Анализ показал, что у людей с ранее существующим психическим заболеванием на 65 % больше шансов получить диагноз COVID-19, чем у людей без него.

Саймен Уэссели, профессор психиатрии Королевского колледжа Лондона, утверждает: вывод о том, что люди с психическими расстройствами подвержены более высокому риску заражения COVID-19, перекликается с аналогичными выводами, полученными при предыдущих вспышках инфекционных заболеваний. Болезнь или страх перед болезнью, потеря близких, социальная изоляция и дистанцирование, экономическая незащищенность, нарушение привычного уклада жизни и распорядка — налицо все факторы риска депрессии и тревоги. Только теперь это приобретает всепланетарный масштаб.

В опросе СДС 62,9 % молодых людей в возрасте от 18 до 24 лет сообщили о тревожном или депрессивном расстройстве, четверть заявили, что они употребляют больше алкоголя, чтобы справиться со стрессом, связанным с пандемией, а четверть признались, что задумываются о самоубийстве в последние 30 дней [1, С. 19].

В чрезвычайных ситуациях возрастает роль социальной осведомленности, которая рассматривается как личностное качество, формирующее определенную установку и поведение в отношении событий окружающей действительности, что важно в условиях пандемии нового коронавируса, так как выступает условием и фактором развития общества и конкретной социальной группы, социальных межличностных взаимоотношений. Сущность понятия «социальная осведомленность» заключается в осознании индивидуумом социальных фактов и социальных процессов, особенностей межличностных отношений, что определяет его социальное положение.

Социальная осведомленность играет в современном мире все большую роль из-за увеличения информации, которую потребляет человек каждый день. И таким образом информационно-коммуникативные технологии влияют на формирование у человека новых форм социального поведения [2, С. 6].

С понятием «социально-психологическая дезадаптация» тесно связана социальная компетентность, которая является важнейшим фактором, определяющим социальное поведение человека. В условиях пережитой пандемии под социальной компетентностью предлагается понимать готовность людей соблюдать профилактические требования: ношение масок, соблюдение социальной дистанции, использование антисептиков и т.п., а социальное поведение рассматривается как практическая реализация противоэпидемических мер и соответствующее реагирование на нарушение социальных мер и норм со стороны окружающих [2, С. 6].

В преодолении чрезвычайных ситуаций важное место принадлежит информированию населения, созданию условий для эффективной коммуникации — важнейшего компонента мероприятий общественного здравоохранения. Людям, находящимся в неблагоприятной ситуации, даже больше, чем обычно, нужна точная информация, чтобы они могли адаптировать свое поведение, защитить себя, свои семьи и свое общество от инфекции, её дальнейшей передачи. Ответом на этот запрос стало быстрое и широкомасштабное распространение информации о здоровье через различные СМИ. Но такая информация, к сожалению, нередко оказывается ложной.

Для определения понятия ложной информации ВОЗ ввела специальный термин - «инфодемия» (информация + эпидемия), то есть быстрое и крупномасштабное распространение в основном через СМИ и другие информационные каналы медицинской дезинформации, бороться с которой крайне сложно. Сложность заключается в том, что информация о здоровье, предназначенная для населения, остается противоречивой из-за разных взглядов экспертов на факторы риска и границы безопасности. Между тем

распространители недостоверной информации намеренно используют ложные сведения в целях срыва важных, хотя порой непопулярных ответных мер, на сложившуюся ситуацию. В итоге заведомо ложная информация может нанести вред физическому и психическому здоровью людей. Развитию инфодемии способствует, с одной стороны, наличие переизбытка информации, с другой - её недостаток. Затрудняет её правильное восприятие и то, что часть одной и той же информации может быть достоверной, а часть - ложной. Борьба с инфодемией - новая и важная задача, в том числе для системы отечественного здравоохранения.

Недостаточная информация порождает чувство неопределенности, что становится благоприятной почвой для недоверия и конспирологических убеждений, которые приводят к скептицизму, как в целом, так и в частном (например: карантин и вакцинация). Эффективность любой коммуникационной стратегии зависит от того, доверяли ли коммуникатору ранее. И прозрачное раскрытие даже негативной информации в этом случае способствует формированию такого психологического состояния, которое сможет защитить от восприятия неконкретной, неопределенной информации.

Отношение между информационным стрессом и здоровьем в нынешней пандемии интересны тем, что представляют собой опыт, переживаемый всей популяцией, поэтому кроме индивидуальной оценки события имеет место коллективная оценка и, по-видимому, в значительной степени диктуется именно общественным мнением. На феномене социального усиления восприятия информации, в том числе на уровне индивидуума, общества и управления влияют факторы её объема и степени разногласий по содержанию. Так, вначале скудные официальные сообщения способствуют разрастанию многообразных слухов. Затем, наоборот, объем предлагаемой информации перерос все пределы и вылился в широчайшее освещение темы в СМИ с демонстрацией многочисленных последствий, содержащих цунами ложных сведений. Дезинформация становится всё изощреннее, трудно отслеживаемой и

такой сверхэмоциональной, что в итоге может поставить под угрозу общественное доверие к органам здравоохранения.

Получение адекватной информации необходимо не только населению, но и медицинским работникам, которые сами являются носителями информации. При отсутствии таковой они могут передать свою обеспокоенность пациентам, усиливая накал страстей происходящего. Это может привести к отказу части населения от вакцинации, пренебрежению к рекомендациям по охране здоровья и использованию бездоказательных и опасных методов лечения и профилактики, даже использованию для разжигания социальной и политической нестабильности. Информация, дезинформация и общественное здоровье взаимосвязаны. Меняется мир, и меняются стратегии реакции на чрезвычайные ситуации.

Значительная часть населения черпает информацию из социальных сетей, а неточная, ложная информация и откровенная, наглая дезинформация играет негативную роль в восприятии людьми складывающихся ситуаций, способствует формированию у них недоверия к официальным источникам, которые уступают соцсетям по количеству публикуемых сообщений.

В РБ, к счастью, записи, содержащие научно-доказанные факты, обсуждались чаще и активнее. Однако необходимо не снижать усилия по улучшению ситуации за счет формирования у населения приверженности и доверия к информации, предоставляемой системой общественного здравоохранения. Необходимо быть готовым к возможным будущим катаклизмам и укреплять здоровье населения, в том числе и психическое.

Литература/ References:

1. Янушкевич И. Психическое здоровье в эпоху пост-COVID-19 / И.Янушкевич // Медицинский вестник. 2022. № 23. С. 18–19.
2. Стома И.О. Инфодемия и особенности реагирования на них во время пандемии COVID-19 / И.О. Стома, Т.М. Шаршакова, В.С. Волчек // Здравоохранение. 2024. № 4. С. 5–11.

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

Авин А. И.

*Кафедра общей и клинической психологии
Белорусский государственный университет,
Республика Беларусь, г. Минск*

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

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

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

Avin A. I.

*Department of General and Clinical Psychology
Belarusian State University, Republic of Belarus, Minsk*

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

in various life situations.

Keywords: schizophrenic defect, impaired thinking, coping strategies.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Аутистический.** Здесь мы наблюдаем в первую очередь вычурность

в одежде, манерах. Установки становятся ригидными. Формируется крайне узкий и специфический круг интересов и увлечений.

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

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

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

Материалы и методы. Работа выполнена на базе РНПЦ психического здоровья в психиатрических отделениях для женщин и для мужчин. В исследовании приняли участие 40 пациентов с установленным диагнозом параноидная шизофрения. Из них 25 женщин и 15 мужчин. Средний возраст женщин составил 39 лет, мужчин – 32 года. Средняя длительность заболевания 10 лет, 100% мужчин и 29 % женщин имели 2-ю группу инвалидности, 8% женщин были с 3-ей группой инвалидности и 63 % женщин не имели

инвалидности на момент исследования. 100% мужчин и 63% женщин на момент исследования не работали.

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

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

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

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

Таблица 1.

Типы шизофренического дефекта в исследуемой выборке.

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

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

Параноидный шизофренический дефект характеризуется формально-латентными искажениями операциональной стороны мышления, сверхобобщением и разноплановостью (мотивационно-волевой компонент), присутствием личностно-значимых ассоциативных образов в сочетании с выхолащенной символикой. Динамический компонент мышления при параноидном типе дефекта имеет определенные особенности в виде лабильности с полным отсутствием инертности. Мыслительный процесс отличается выраженной нарушенной целенаправленностью и полным отсутствием критики к собственным ошибкам [8].

Психопатопоподобный шизофренический дефект проявляется нарушением операциональной стороны мышления в виде искажений по формально-латентным признакам. Мотивационно-волевой компонент отличается

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

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

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

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

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

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

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

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

Для мужчин характерно преобладание конфронтации, бегства-избегания и положительной переоценки в качестве способов совладающего поведения по сравнению с женщинами. Характерное поведение направлено либо на

изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшей трудной стрессовой ситуацией. Возможно и наклонение личности от решения возникших проблем посредством отрицания их, фантазирования и отвлечения, либо предполагает возможность преодоления проблемной ситуации за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста.

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

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

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

Дистанцирование как совладающая стратегия может проявляться в виде использования рационализации, переключения внимания, юмора и обесценивания. Такие реакции могут быть связаны с личностными

особенностями человека, а поэтому при психопатоподобном типе дефекта с учетом его заостренности личностных черт, может наблюдаться его преобладание. Но обратной стороной дистанцирования является обесценивание своих переживаний и возможностей преодоления в сложной ситуации.

Таблица 2.

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

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

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

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

Итак, сопоставление копингов и типов дефекта показало, что из пяти типов шизофренического дефекта только для психопатоподобного и астенического, в рамках которых превалируют личностные изменения, характерны копинг-стратегии принятие ответственности, бегство и дистанцирование. С одной стороны, данные стратегии направлены на мобилизацию ресурсов и решение проблемы, но с другой стороны, в сочетании

с нарушением критичности и целенаправленности мышления они приводят к социальной дезадаптации.

Заключение

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

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

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

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

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

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

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

Литература/ References:

1. Войтенко, Р. М. Социальная психиатрия с основами медико – социальной экспертизы и реабилитации. Руководство для врачей и клинических психологов / Р.М. Войтенко. СПб., 2011. 192 с.
2. Зейгарник, Б. В. Нарушения мышления у психически больных / Б. В. Зейгарник. М., 1958.
3. Исаева, Е.Р. Копинг – механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофрений: дисс. на соиск. учен. степ. канд. псих. наук: 19.00.04 / Е. Р. Исаева. СПб., 1999. 150 с.
4. Критская, В. П., Мелешко, Т. К., Поляков, Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В. П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. М., 1991. 130 с.
5. Петрова Н.Н., Дорофейкова М.В. Гендерные особенности терапевтического ответа при шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. 2018. N 5. С.4.
6. Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. Т.1. М.: Медицина, 1983. 480 с.
7. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения. Монография. Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022. 295 с.
8. Селедцов А. М, Акименко Г. В., Кирина Ю. Ю. Проблемы психического здоровья условиях пандемии // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла (Кемерово, 18 сентября 2020 г.) / отв. ред. А. М. Селедцов, А.А. Лопатин, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина. Кемерово: КемГМУ, 2020. 370 с.

**ПРОБЛЕМЫ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ВЫГОРАНИЯ, ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ
И ПСИХОТРАВМЫ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**

Акименко Г. В.¹, Селедцов А. М.², Кирина Ю. Ю.²

¹Кафедра клинической психологии

²Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Проблема эмоционального выгорания специалистов в сфере здравоохранения привлекала внимание исследователей и организаторов задолго до начала пандемии. Однако именно в период распространения COVID-19, когда медицинские работники столкнулись с экстремальными нагрузками и высоким риском заражения, исследования профессионального выгорания и эмоциональной дезадаптации среди медицинских специалистов приобрели особую актуальность. Было установлено, что в этот период наиболее эффективными стратегиями преодоления эмоционального выгорания были копинг-стратегии, связанные с получением поддержки от семьи и социального одобрения. Однако после завершения пандемии эти стратегии стали менее эффективными, и более продуктивным оказался поиск смысла своей работы.

Ключевые слова: «выгорание» медицинских работников, профессиональные последствия «выгорания», системные меры по предупреждению и лечению «выгорания», стрессовые факторы COVID-19

**THE PROBLEM AND PREVENTION OF PROFESSIONAL BURNOUT,
EMOTIONAL DISORDER AND PSYCHOTRAUMA AMONG MEDICAL
WORKERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC**

Akimenko G.V.¹, Seledtsov A. M.², Kirina Yu. Yu.²

¹Department of Clinical Psychology

²Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The problem of emotional burnout among healthcare professionals attracted the attention of researchers and organizers long before the pandemic. However, it was during the spread of COVID-19, when healthcare workers faced extreme workloads and a high risk of infection, that research into professional burnout and emotional maladjustment among healthcare professionals became especially relevant. It was found that during this period, the most effective strategies for overcoming emotional burnout were coping strategies related to receiving support from family and social approval. However, after the end of the pandemic, these strategies became less effective, and finding the meaning of one's work turned out to be more productive.

Keywords: «burn-out» of health care workers, professional consequences of «burnout», system measures for «burn-out» prophylaxis and treatment, stress factors of COVID-19

Введение. Массовые вспышки заболеваний представляют собой серьёзную проблему для людей всех возрастов и национальностей, но особенно тяжело приходится медицинским работникам, которые испытывали значительный и долгосрочный стресс. Новый коронавирус 2019 года, который появился в китайском Ухане и вызвал пандемию, не имеет аналогов в истории прошлого века.

По состоянию на 20 января 2021 года во всем мире зарегистрировано 3 090 445 случаев коронавирусной болезни COVID-19 и 217 769 случаев смерти [1]. Пандемия COVID-19 оказала огромное воздействие на системы здравоохранения многих стран, увеличив риск психологических расстройств среди медицинского персонала.

Вспышки инфекционных заболеваний не редко связаны с неблагоприятными психологическими последствиями. Меры сдерживания, включая принудительный или самокарантин и социальную дистанцированность, особенно если они затяжные, могут увеличить риск

психических расстройств, таких как депрессия, тревога, расстройства мышления и посттравматический стресс (ПТС) [6].

Всемирная организация здравоохранения сообщила, что каждый десятый медицинский работник был заражен коронавирусом [1]. В мае 2020 года Международный совет медсестер сообщил, что, по меньшей мере, 90 000 медицинских работников были инфицированы и более 260 сестер умерли в период пандемии COVID-19 пандемией [5].

По сравнению с населением в целом, медицинские работники более склонны испытывать широкий спектр негативных психологических воздействий в период и после чрезвычайных ситуаций. К ним можно отнести, например, эпидемию тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) 2003 года [3], распространение болезни, вызванной вирусом Эбола (2014 г.), вспышку ближневосточного респираторного синдрома (БВРС) 2015 года [4, 5] и др.

Существующие исследования свидетельствуют о том, что медицинские работники испытывали высокий уровень эмоционального напряжения, тревоги, депрессии и ПТС во время или даже после вспышки инфекционных заболеваний [6].

Острое стрессовое расстройство (АСД) имеет сходные симптомы с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), диагностируется от трех дней до 1 месяца после травмы и является хорошим предиктором ПТСР [7]. В исследовании, проведенном среди медицинских работников тайваньской больницы во время вспышки атипичной пневмонии, им страдали 5% [1].

Неблагоприятные психологические исходы среди медицинских работников обычно определяются различными факторами во время вспышки инфекционного заболевания с высоким уровнем смертности, включая неопределенную продолжительность карантина, неадекватное медицинское обеспечение, страх перед инфекцией, стигматизацию и дискриминацию и т.д. [2].

Настоящее исследование было направлено на изучение наличия неблагоприятного психологического исхода, тревоги, депрессии и ПТС, испытываемых медицинскими работниками во время вспышки COVID-19, и оценку связанных с этим факторов, чтобы лучше понять психологические состояние медицинских работников.

Цель настоящего исследования - изучить распространенность психологических проблем у различных медицинских работников (то есть врачей, медицинских ординаторов, медсестер, техников и специалистов общественного здравоохранения) во время пандемии COVID-19 в России и изучить факторы, связанные с возникновением психологических проблем у этой группы населения во время кризиса общественного здравоохранения.

Методы исследования. С 23 ноября по 5 декабря 2020 года было проведено online обследование среди 330 медицинских работников с использованием стандартных анкет, измеряющих неблагоприятные психологические исходы.

Основным ограничением данного исследования является неоднородность выборки.

Результаты и обсуждение. Пандемия коронавируса сформировала общую атмосферу настороженности и неопределенности. К числу наиболее уязвимых групп населения в силу целого ряда причин можно отнести медицинский персонал.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сообщила, что в некоторых странах коронавирусом был заражен каждый десятый медицинский работник [1]. В мае 2020 году Международный совет медсестер сообщали, что по меньшей мере, 90 000 медицинских работников были инфицированы и более 260 медицинских сестер умерли в COVID-19 [5]. В марте 2020 года каждый четвертый врач Великобритании был на больничном, в изоляции или ухаживал за заболевшим членом семьи [7].

Случаи смерти медсестер и врачей из-за COVID-19 были

зарегистрированы в нескольких странах.[4]. В марте 2020 года сообщалось, что по меньшей мере 50 врачей умерли в Италии из-за COVID-19 [4]. Число смертей в Италии продолжало расти. К апрелю 2020 года, по оценкам ВОЗ, число смертей врачей составило около 119, а для медсестер - около 34. В том числе двое покончили жизнь самоубийством [5].

Исследование, проведенное в Сингапуре, показало, что медицинские работники, ухаживающие за пациентами с COVID-19, сообщали о тревоге, депрессии и стрессе [7].

Медицинские работники подвержены риску развития травм или других связанных со стрессом расстройств из-за страха заболеть и незнания того, что произойдет в будущем. Посттравматический стресс был распространен среди медицинского персонала, причем медсестры демонстрировали более высокую вероятность развития или возникновения тревоги среди других коллег.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) - это распространенное психическое расстройство, проявляющееся симптомами вторжения, гипервозбуждения и избегания после травматического события.

Результаты нашего исследования выявили высокую распространенность ПТС среди российских медицинских работников во время вспышки вируса COVID-19. 97,9% респондентов испытывали, по крайней мере, один симптом ПТСР. Этот показатель также находился вне диапазона 10-27% вероятного и клинического диагноза ПТСР, зарегистрированного во время эпидемии Эболы в 2014-2016 годах и при вспышке ОРВИ 2003 г. [4].

Согласно более ранним исследованиям, у медицинских работников, вероятно, развиваются неблагоприятные психологические проблемы, такие как депрессия и посттравматический стресс в результате их травматического опыта. В условиях вспышки инфекционного заболевания персонал, работающий в «красной зоне», всегда испытывают страх быть инфицированными или заразить других, особенно когда они испытывают какие-либо физические симптомы, связанные с инфекцией.

Между тем, с блокированием городов или даже стран из-за вспышки COVID медицинские работники стали, очевидно, населением высокого риска для передачи вируса, с которым у них были тесные контакты, и неудивительно, что они находились в ситуации стигматизации или дистанцирования от других.

В нашем исследовании ОДВ дала три измерения из 8 пунктов восприятия угрозы, а именно стигматизацию / дистанцирование, страх заражения и воспринимаемый высокий риск своей работы. Ранее было доказано, что похожие ситуации связаны с неблагоприятными психологическими исходами.

Активные копинг-стратегии, ориентированные на решение проблем, могут привести к улучшению отношений между человеком и окружающей средой и, таким образом, привести к положительному эмоциональному отклику.

На основе полученных данных можно предположить, что стратегии, способствующие активному стилю совладания и обеспечивающие достаточную социальную поддержку, могут помочь уменьшить возникновение неблагоприятных психологических симптомов, таких как депрессия, тревога и стресс. Это согласуется с предыдущими исследованиями, согласно которым активное совладание и социальная поддержка были наиболее важными буферными факторами негативного психологического здоровья среди медицинских работников.

Наше исследование также показало, что пассивные копинг-стратегии, в основном ориентированные на эмоциональный дистресс, были в значительной степени связаны с ухудшением психологического здоровья, включая ПТС, депрессию, тревогу и симптомы стресса.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что у медсестер с большей вероятностью могут проявляться тревожные симптомы. Это объясняется тем, что медсестры всегда контактируют с пациентами с различными заболеваниями, с различным социально-экономическим статусом и непосредственно получают доступ к образцу крови пациентов, следовательно,

имеют самый высокий риск заражения вирусом COVID-19.

Умеренные и тяжелые уровни эмоционального истощения и снижения личных достижений присутствовали более чем в 60% выборки, а умеренные и тяжелые уровни деперсонализации - более чем в 25% выборки [4]. Эти результаты являются новыми, поскольку, насколько нам известно, Распространенность эмоционального выгорания среди медицинских работников во время пандемии COVID-19 ранее не изучалась.

С точки зрения специалистов, выгорание связано с повышенным риском как физических, так и долгосрочных психологических последствий.

Учитывая потенциальную продолжительность пандемии, негативное воздействие высокой распространенности эмоционального выгорания может снизить способность систем здравоохранения справляться с возросшим спросом на медицинскую помощь, который, вероятно, возникнет как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе.

Респонденты также показали очень высокий уровень тревожности, что может свидетельствовать о наличии всепроникающего состояния напряженности, которое может способствовать развитию или ухудшению симптомов эмоционального выгорания и психологического дистресса.

Двести тридцать пять респондентов (71,2%) имели оценки состояния тревоги выше клинической границы, 88 (26,8%) имели клинические уровни депрессии, 103 (31,3%) тревоги, 113 (34,3%) стресса, 121 (36,7%) посттравматического стресса. Что касается выгорания, то 107 (35,7%) имели умеренный и 105 (31,9%) тяжелых уровней эмоционального истощения; 46 (14,0%) имели умеренный и 40 (12,1%) тяжелых уровней деперсонализации; 132 (40,1%) имели умеренный и 113 (34,3%) тяжелых уровней снижения личных достижений [3].

Предикторами всех трех компонентов эмоционального выгорания были рабочее время, психологические сопутствующие заболевания, страх перед инфекцией и воспринимаемая поддержка со стороны друзей.

Предикторами, как эмоционального истощения, так и деперсонализации были женский пол, работа медсестрой, работа в больнице, контакт с пациентами COVID-19. Снижение личных достижений также было предопределено возрастом.

Уязвимость коллег и членов семьи также была значимой причиной беспокойства, как сообщалось в итальянском исследовании (Rossi et al., 2020), заражение было связано с симптомами депрессии, в то время как госпитализация коллеги или помещение его в карантин были связаны с ПТСС, тогда как смерть коллеги была связана с депрессией и бессонницей.

В десяти исследованиях была отмечена важность социальной поддержки, с акцентом на необходимость усиления механизмов социальной поддержки и регулярных контактов с семьями. Их отсутствие оказало негативное психологическое воздействие на медсестер, которые решили изолироваться от своих семей во время лечения пациентов с Торс. Соответственно, отсутствие социальной поддержки во время вспышки атипичной пневмонии привело к дискриминации со стороны социума, а также к дистанцированному поведению со стороны собственных семей медицинского персонала. Исследование в США, в котором приняли участие 1557 медицинских сестер выявили три фактора отношения (страх перед здоровьем, социальная изоляция и стресс на работе), опосредовавшие связь между контактом с пациентами с Торс и психологическим стрессом.

Во время пандемии COVID-19 было обнаружено, что режим работы повышал уровень стресса среди медсестер. Аналогичным образом, бремя соблюдения строгих защитных мер, по-видимому, увеличивает уровень дистресса. Было обнаружено, что тяжелое защитное снаряжение приводит к физическим перегрузкам при проведении процедур.

Испанские врачи и медсестры, которые считали, что уровень защитных мер недостаточен, недостаточную, фиксировали более высокий уровень депрессии, тревоги и острого стресса, чем те, кто воспринимал ее как

адекватную. В отличие от этого, результаты исследования во время вспышки атипичной пневмонии показали, что 96% сообщили о том, что применяемые меры индивидуальной защиты были эффективными, 93% сочли, что институциональная политика и протоколы были четкими, а 90% - своевременными [1].

Стивен Тейлор, автор книги «Психология пандемий» и профессор психиатрии в Университете Британской Колумбии, утверждает, что «для несчастного меньшинства людей, возможно, от 10 до 15%, жизнь не вернется к нормальной», из-за воздействия пандемии на их психическое благополучие.

Многие риски, связанные с благополучием медицинского персонала, недостаточно хорошо изучены. После Торс были проведены некоторые исследования в этой области, но мало что известно о психологическом воздействии во время вспышек инфекционных заболеваний. Неблагоприятные исходы, такие как выгорание, травматический стресс, тревога и депрессивные симптомы, были зарегистрированы даже после окончания вспышки заболевания, что предполагает долгосрочные последствия и после COVID-19.

Неблагоприятные психологические симптомы были зафиксированы у медицинских работников во многих странах. Скрининг на ПТС был бы полезен для выявления тех, у кого может развиться ПТСР в последующие месяцы или годы.

Медицинские работники сталкивались с многочисленными угрозами, включая стигматизацию, риск заражения или заражения других людей, отсутствие необходимых медицинских принадлежностей и чрезмерную рабочую нагрузку. Отсутствие социальной поддержки и неадаптивное совладание были важными факторами риска возникновения у них негативных психологических исходов.

В рамках проведенных исследований было установлено, что поддержка со стороны руководителей и коллег является значительным негативным предиктором психических симптомов и ПТСР. Другие предикторы

психического здоровья среди группы китайских врачей и медицинского персонала включали упорство, силу и доступность социальной поддержки. Психологическая поддержка и помощь со стороны общества по вопросам страхования и компенсации так же оказывали защитный эффект против стресса.

Параллельно с этим появилась положительная обратная связь, когда консультанты попросили медицинский персонал поделиться тем, как они справились с этой сложной ситуацией. Другое исследование показало, что позитивное отношение на рабочем месте помогло медикам пережить эпидемию. Следует отметить, что недавнее исследование обнаружили, что 36,3% (361 из 994) медицинского и сестринского персонала имели доступ к психологическим материалам, 50,4% (501) имели доступ к психологическим ресурсам через средства массовой информации и 17,5% (174) участвовали в консультировании или психотерапии. Таким образом, разработка стратегий совладания, по-видимому, включала в себя предпочтения ВПЦ, которые различались в разных культурах и в разных медицинских профессиях.

Заключение. В период пандемии COVID-19 медицинские работники столкнулись с рядом психологических проблем. Для предотвращения негативных последствий важно проводить скрининг и принимать профилактические меры. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что медицинские работники подвержены риску эмоционального выгорания и других психологических проблем из-за пандемии.

Необходимо постоянно отслеживать и своевременно лечить эти проблемы, чтобы сохранить здоровье специалистов и повысить готовность системы здравоохранения к долгосрочным последствиям вспышки заболевания.. Постоянный мониторинг и своевременное лечение этих состояний необходимы для сохранения здоровья специалистов и повышения готовности систем здравоохранения к средне - и долгосрочным последствиям вспышки заболевания.

Литература / References:

1. Акименко, Г.В. Селедцов, А.М., Кирина, Ю.Ю. Психология неопределённости в условиях пандемии: причины, эмоции и последствия //Дневник науки. 2020. №11(47).
2. Акименко, Г.В. Селедцов, А.М., Кирина, Ю.Ю. Коронавирус и кризисные ситуации с позиции психологии // Дневник науки. 2020. №7(43).
3. Пьянзова, Т.В. Характеристика отношения к болезни пациентов с сочетанной ТБ/ВИЧ инфекцией // О.М. Майорова, Т.В. Пьянзова, О.И. Конончук / Эффективное решение проблемы туберкулеза: от научной идеи к медицинской практике. Материалы юбилейной научно-практической конференции, посвященной 70-летию образования Новосибирского НИИ туберкулеза. Новосибирск, 18–20 июня 2014 года. Новосибирск, 2014. С.152.
4. Федосеева И.Ф. Влияние дистанционного обучения во время пандемии новой коронавирусной инфекции на развитие головной боли напряжения у школьников // Федосеева И.Ф., Бедарева Т.Ю., Урбан Е.Н. / В сборнике: Организм и среда жизни к 207-летию со дня рождения Карла Францевича Рулье. Сборник материалов IV Международной научно-практической конференции. Кемерово, 2021. С. 392-399.
5. Селедцов, А.М., Акименко, Г.В., Кирина, Ю.Ю. Проблемы психического здоровья условиях пандемии // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла (Кемерово, 18 сентября 2020 г.) / отв. ред. А.М. Селедцов, А.А. Лопатин, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина. Кемерово: КемГМУ, 2020. 370 с.
6. Фишхофф, Б. Психология коронавирусной тревоги. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.apa.org/research/action/speaking-of-psychology/coronavirus-anxiety>. (дата обращения 17.06.2024).
7. Liu S., Yang L., Zhang C., Xiang Y., Liu Z., Hu S., Zhang B. Online

mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiat.* 2020;7(4):e17–e18. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8.

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

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

10. Moccia L., Janiri D., Pepe M., Dattoli L., Molinaro M., Martin V. D., Zel D., Janiri L., Fiorillo A., Sani G., Nicola M. D. Affective temperament, attachment style, and psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the General population of Italy. *Brain.*

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ И ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Аксенов М. М., Перчаткина О. Э.

НИИ психического здоровья,

Томский национальный исследовательский медицинский центр

Российской академии наук, Россия, г. Томск

Социально-стрессовые воздействия на рубеже двух тысячелетий являются наиболее распространенными, ухудшающими психическое здоровье населения страны. Они приводят к увеличению числа пограничных нервно-психических расстройств, появлению дезадаптационных донозологических состояний; утяжелению клинической картины всех форм психических расстройств вследствие присоединения вторичной иммунологической недостаточности, - и все эти факторы отражаются на уровне качества жизни. Именно на преодоление данных обстоятельств и направлена данная реабилитационная специализированная технология.

Разработанная медицинская технология предназначена для оценки

взаимосвязанных между собой значимых клинических, клинико-динамических, социально-психологических факторов, влияющих на формирование, течение и профилактику острых реакций на стресс и расстройств адаптации.

На основе комплексного подхода с использованием трех взаимосвязанных и взаимообогащающих методов (клинико-эпидемиологического, клинико-динамического и реабилитационного) были исследованы клинические особенности пограничных состояний в условиях Сибирского Севера. Изучены внутренние (конституционально-типологические) и внешние (средовые) предпосылки и факторы дезадаптации личности. Полученные сведения о распространенности и клинике пограничных психических расстройств (ППР) в условиях Севера Сибири могут быть использованы для разработки специализированной психопрофилактической помощи для лиц, проживающих в этом регионе. В целях реабилитации больных ППР в условиях Сибири применены основные научно-организационные подходы (централизации, децентрализации) и принципы (комплексности, поэтапности, индивидуализации). На основе полученных результатов разработаны дифференцированные социально и личностно ориентированные программы психопрофилактики, превенции и реабилитации, внедрены новые методы и принципы терапии ППР (психосоматические, иммуно-реабилитационные, социотерапевтические).

Важной терапевтической стратегией невротических (особенно диссоциативные проявления) расстройств является психотерапевтической воздействие. Требования к терапии сегодняшнего дня предполагают необходимость объективизации психотерапевтического процесса, формирования оценочных и прогностических параметров. Однако, в реабилитационной тактике при невротических расстройствах остается недостаточно изученной проблема оптимального баланса между фармакологическим и психотерапевтическим воздействием с целью усиления эффективности терапии и, следовательно, повышения уровня качества жизни.

В нашей технологии на этапе развития и выявления психических расстройств (посттравматического стрессового расстройства, расстройств адаптации), в целях проведения лечебно-профилактических мероприятий использовался ряд терапевтических комплексов - психофармакологический, психотерапевтический и психопрофилактический. Центральным звеном воздействия являлся психотерапевтический комплекс.

Психотерапевтическая работа протекала в три этапа: 1) преодоление феномена недоверия, дающее право на «получение доступа» к охраняемому травматическому материалу; 2) помощь пациенту по отреагированию травматического опыта (работа с чувством вины, избеганием, навязчивостями различного рода, отчуждённостью и др.); 3) анализ и коррекция семейных отношений, восстановление отношений с друзьями, обществом.

Основу базисной терапии в условиях амбулатории составило психотерапевтическое воздействие (рациональная терапия, аутотренинг, когнитивно-поведенческая), применение адаптогенов (экстракт родиолы розовой, элеутерококка) в первой половине дня, препаратов седативного спектра растительного происхождения (валериана, ново-пассит), либо терапевтические дозы транквилизаторов - (феназепам, элениум, ивадал) - во второй. Особенности психотерапии являлись «кризисное» разрешение конфликта, дезактуализация психотравмирующей ситуации, нормализация производственных и семейных отношений за счёт мобилизации резервных способностей организма. Этап полустационарного лечения предусматривал при наличии подострой динамики невротических расстройств (длительностью от одного до трёх лет) с соблюдением принципов комплексности и дифференцированности выполнения реабилитационных программ, с учётом влияния соматоорганических вредностей. Базисная терапия строилась на сочетанном психотерапевтическом воздействии (рациональная, гетеросуггестивная, личностно - реконструктивная, семейная), психофармакотерапия (транквилизаторы - реланиум, феназепам, анксиолитики

с антидепрессивным эффектом - ксанакс, корректоры поведения - неуплепил, сонапакс) и формирование «здорового образа жизни», оптимизация межличностных семейно-социальных контактов. На третьем этапе применялись реабилитационные программы в условиях стационара при затяжных, стойких и труднокурабельных пограничных расстройствах (при длительности не менее трёх лет): сочетание психофармакологического комплекса (с учётом часто встречавшихся соматических и экзогенно-органических ослабляющих факторов наряду с лечением психотропными средствами осуществлялась и общеукрепляющая терапия), «интенсивной» психотерапии и психопрофилактического комплекса.

С учётом изложенного были разработаны программы реабилитации пациентов с острыми реакциями на стресс в зависимости от типологических вариантов данного расстройства.

Первая реабилитационная программа рекомендуется при лечении пациентов с невротическим вариантом посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Задача: дезактуализация стресса, восстановление ослабленных позиций в микро- и макросоциальной сфере в условиях адаптации к повседневной жизни. Обучение методам аутотренинга позволяет пациентам корректировать такие проявления посттравматических стрессовых расстройств, как диссомнии, повышенная раздражительность, тревожность, эмоциональная напряжённость. Психофармакологический комплекс включает приём препаратов из группы адаптогенов (экстракт элеутерококка, золотого корня, левзеи и др.) в первой половине дня, седативных средств растительного происхождения (настойка валерианы, ново-пассит, пустырник) либо терапевтические дозы транквилизаторов с седативным эффектом (сибазон, ивадал) во второй половине дня. Активно могут использоваться иглорефлексотерапия и физиотерапевтический комплекс (магнитные токи, электрофорез, массаж и др.), бассейн.

Вторая реабилитационная программа используется для пациентов с

подострым типом динамики посттравматических стрессовых расстройств невротического уровня (длительностью от 1 до 3 лет). Основу базисной терапии составляет психотерапевтическое воздействие с присоединением других методов коррекции (личностно-реконструктивная, семейная психотерапия, модифицированные методики нейролингвистического программирования, трансактоного анализа). Назначаются лекарственные препараты, снимающие эмоциональную напряжённость, выраженную тревожность и нейровегетативную симптоматику. Для этой цели применяются транквилизаторы седативного спектра действия (феназепам, транксен, ксанакс). Исходя из роли повышенной адренергической активности в усилении симптомов ПТСР, в лечении также используются β -блокаторы (обзидан до 40 мг/сут), оказывающие в том числе положительный эффект при терапии антиципированных страхов. Наиболее эффективной является комплексная методика углубленного ускоренного курса интенсивной терапии, основу которой составляют рациональная, эмоционально-стрессовая, углубленная миорелаксация. При выписке пациенту определяется индивидуальный режим посещения врача с целью проведения необходимых психотерапевтических мероприятий; хороший эффект дают самостоятельные занятия аутотренингом

Третья реабилитационная программа рекомендована пациентам с патохарактерологическим вариантом ПТСР. Большое значение придаётся семейной психотерапии для своевременной коррекции аномальных внутрисемейных отношений, а также личностно-реконструктивной, в основе которой лежат реконструкция и гармонизация нарушенной системы отношений личности. Как и в предыдущих программах, базисная терапия строится на комплексном воздействии психотерапии и фармакотерапии. Особенностью терапевтических мероприятий на данном этапе является необходимость купирования выраженных патохарактерологических расстройств. В этих случаях используются корректоры поведения (неулептил, сонапакс) и малые дозы некоторых групп нейролептиков (хлорпротиксен, хлорпромазин).

Проводятся курсы общеукрепляющей, симптоматической терапии. Выбор фармакопрепарата в этом случае определяется ведущим психопатологическим синдромом. В дальнейшем пациентам рекомендовано посещение поддерживающих психотерапевтических групп, в ходе занятий решаются вопросы, связанные с оптимизацией режима труда и отдыха, амбулаторного обращения к врачу

Четвертая реабилитационная программа предназначена для пациентов с затяжными формами невротоподобной симптоматики экзогенно-органической и соматогенной природы посттравматических стрессовых расстройств. Наряду с использованием нейрометаболической, дегидратационно-рассасывающей, сосудистой, общеукрепляющей терапии особый акцент придаётся иммунокоррекции. В зависимости от ведущего психопатологического синдрома используется приём психотропных средств седативного действия из группы транквилизаторов бензодиазепинового ряда (феназепам, сигнопам, ксанакс, транксен, новопассит), антидепрессантов (коаксил, леривон, amitриптилин), β -блокаторов (анаприлин), мягких нейролептиков (сонапакс, терален, эглонил, неуплептил). При выписке индивидуально подбираются «поддерживающие» дозы психотропных препаратов, обсуждается систематическое проведение психотерапевтических и общеоздоровительных воздействий

Пятая программа главным образом используется для лечения пациентов с затяжными психопатоподобными проявлениями, сформировавшимися на почве экзогенно - органических (травматического, сосудистого, интоксикационного) вредностей. В «кризисном» периоде наряду с психотерапевтическим комплексом применяются курсы дегидратационно-рассасывающей, ноотропной, сосудистой терапии с включением активаторов мозгового кровообращения (кавинтон, инстенон, актовегин, препараты никотиновой кислоты). Применение психотропных препаратов проводится в соответствии с основным симптомом-мишенью. В фармакотерапии используются нейролептики (хлорпротиксен, сонапакс, неуплептил) с целью

смягчения дистимико-дисфорических проявлений; при лечении соматизированных расстройств эффективен эглонил

В случае развития патохарактерологического варианта стрессовых расстройств большое значение придавалось семейной психотерапии для своевременной коррекции аномальных внутрисемейных отношений. В дальнейшем пациентам рекомендовалось посещение поддерживающих психотерапевтических групп, решались вопросы, связанные с оптимизацией режима труда и отдыха, амбулаторного обращения к врачу.

Психотерапевтические мероприятия для больных с острыми стрессовыми расстройствами предусматривают гуманистические подходы (бихевиоральная и импловзивная терапия, систематическая десенсибилизация, прогрессивная мышечная релаксация), а в случаях коморбидности дополняются когнитивной психотерапией, методами самовнушения, и эриксоновским гипнозом.

В острый период заболевания при всех клинических вариантах и типах нарушения социальной адаптации базовое значение имеет и соответственно активно используется медикаментозно-биологическая терапия. В период стабилизации состояния пациенты активно включаются в психотерапевтическую работу, подбор конкретных методик определяется тяжестью заболевания и личностно-типологическими особенностями пациента. На данном этапе терапии резко возрастает значение групповой психотерапии.

В период завершения стационарного лечения основной акцент делается на психосоциотерапевтических мероприятиях, пациент подготавливается к этапу поддерживающей и противорецидивной терапии, осуществляемой после выписки уже за пределами клиники представителями службы здравоохранения.

Больные на данном этапе еще более активно привлекаются в образовательные группы, в образовательных программах и участии в психотерапии часто нуждаются также их родственники (особенно в семейной психотерапии). Целями семейной психотерапии является создание благоприятных условий микросоциального окружения, социальной поддержки,

благоприятствующих выработке адаптивных стратегий преодоления социальных трудностей, психогений и внутриличностных проблем, улучшению показателей адаптации в основных социальных сферах жизни, повышения качества жизни.

Кроме того, используют неспецифические методы терапии: общеукрепляющее воздействие лечебной физкультуры и стимулирующий эффект физиопроцедур с целью повышения адаптационного ресурса физиологических процессов и укрепления саногенных механизмов у пациентов с диссоциативными проявлениями.

Далее проводится сопоставление показателей психосоциального и клинического функционирования пациентов и разработка плана лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий с использованием комбинированного подхода, включая в реабилитационные мероприятия фармакотерапию, сочетание различных методов психотерапевтического и психосоциального воздействия, отдавая предпочтение сочетанию групповой и индивидуальной психотерапии, психокоррекции, использованию образовательного и социотерапевтического подхода. На данном этапе необходима оценка возможности активной социализации, активации социальной сферы и социальных контактов с целью активной интеграции больного в общество и активации социальных факторов оздоровления и микро-социальной поддержки.

Литература / References:

1. Аксенов М.М. Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2012 гг.) / М.М. Аксенов, А.В. Гычев, М.Ф. Белокрылова, В.Я. Семке, Т.П. Ветлугина, В.Б. Никитина, О.Э. Перчаткина, В.А. Рудницкий, Л.А. Левчук, А.К. Костин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 4. С. 11-17.
2. Аксенов, М.М. Зависимость психологических показателей от

социально-демографических характеристик у женщин при нормативном кризисе зрелости / М.М. Аксенов, Е.Н. Скрипачева // Вестник Томского государственного педагогического университета = Tomsk State Pedagogical University Bulletin. 2014. № 1 (142). С. 36-38.

3. Аксенов, М.М. Посттравматическое стрессовое расстройство при некоторых видах профессиональной деятельности: постановка проблемы /Аксенов М.М., Жигинас Н.В., Петрова Ю.В. // Вестник Томского государственного педагогического университета = Tomsk State Pedagogical University Bulletin. 2014. № 5 (146). С. 117-122.

4. Аксенов М.М. Психосоциальные и биологические факторы формирования стрессоустойчивости при диссоциативных состояниях /М.М.Аксенов, О.Э.Перчаткина, С.А.Иванова, Л.А.Левчук // Российский психиатрический журнал. 2014. №2. С. 38-44

5. Аксенов М.М. Типология пограничных психических расстройств и стрессоустойчивость / М.М. Аксенов, М.Ф. Белокрылова, В.Ф. Лебедева, В.А. Рудницкий, О.Э. Перчаткина, А.К. Костин // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. N 2 (25).

6. Бохан Н.А., Белокрылова М.Ф., Никитина В.Б., Гарганеева Н.П., Аксенов М.М., Рудницкий В.А. Пессимистические размышления у женщин с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40–65 лет // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2022. Т. 13. № 1. С. 41–52. Bokhan N., Belokrylova M., Nikitina V., Garganeeva N., Ahenov M., Rudnitsky V. Pessimistic Reflections in Women with Nonpsychotic Mental Disorders Aged 40–65 Years // Psychiatry psychotherapy and clinical psychology. 2022. Vol. 13. № 1. P. 41–52. <https://doi.org/10.34883/PI.2022.13.1.003> .

7. Аксенов М.М., Перчаткина О.Э. Комплексная реабилитация пациентов с соматоформными проявлениями в структуре острых реакций на стресс// Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сборник статей по материалам докладов XIX юбилейной научно-практической конференции с

международным участием / под редакцией академика РАН Н.А. Бохана. Томск :
ООО «Интегральный переплет», 2022. Выпуск 20. С.8-11.

8. Никитина В.Б., Лобачева О.А., Ветлугина Т.П., Белокрылова М.Ф., Рудницкий В.А., Костин А.К., Аксенов М.М. Роль иммуноэндокринных факторов в формировании и течении непсихотических психических расстройств. Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сборник статей по материалам докладов XIX юбилейной научно-практической конференции с международным участием / под редакцией академика РАН Н.А. Бохана. Томск : ООО «Интегральный переплет», 2022. Выпуск 20. С. 100-102.

9. Никитина В.Б., Белокрылова М.Ф., Рудницкий В.А., Перчаткина О.Э., Ветлугина Т.П., Аксенов М.М., Бохан Н.А. Иммунобиологическая модель дифференциальной диагностики расстройства адаптации и органического эмоционально лабильного расстройства. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023. № 4 (121). С. 5-14. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4\(121\)-5-14](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4(121)-5-14)

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ УСТАНОВОК ЛИЧНОСТИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ

Аршинова Е. В.¹, Янко Е. В.²

¹*Кафедра психологических наук*

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет», Россия, г. Кемерово

²*Кафедра клинической психологии*

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье рассмотрена проблема формирования деонтологических установок будущего профессионала в образовательной среде вуза и отмечена возрастающая необходимость становления деонтологических принципов при оказании медицинской и психологической помощи в профессиональной деятельности. В качестве методов сбора информации

использован анализ внутренней нормативной, отчетной и аналитической документации Кемеровского государственного университета по проблеме исследования. Определены деонтологические принципы профессиональной деятельности, выделены основные характеристики деонтологического комплекса профессионала и предложены психолого-педагогические рекомендации для формирования деонтологического комплекса профессионала в процессе обучения в вузе. Отмечена возрастающая необходимость создания необходимых образовательных условий для формирования деонтологического комплекса будущего профессионала как основу профессиональной деятельности специалистов деонтологического профиля в личном взаимодействии.

Ключевые слова: студент деонтологического профиля, деонтологические установки, деонтологический комплекс профессионала, профессиональная деятельность, образовательная среда.

**PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL CONDITIONS OF FORMATION
OF DEONTOLOGICAL ATTITUDE OF PERSONALITY
IN PROFESSIONAL TRAINING**

Arshinova E. V.¹, Yanko E. V.²

¹*Department of Psychological Sciences*

Kemerovo State University, Russia, Kemerovo

²*Department of Clinical Psychology*

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article considers the problem of formation of deontological attitudes of the future professional in the educational environment of the university and notes the increasing need for the formation of deontological principles in the provision of medical and psychological assistance in professional activities. As methods of collecting information, the analysis of internal regulatory, reporting and analytical documentation of Kemerovo State University on the research problem was used. Deontological principles of professional activity are defined, the main

characteristics of the deontological complex of a professional are highlighted and psychological and pedagogical recommendations for the formation of the deontological complex of a professional in the process of studying at the university are proposed. The increasing need to create the necessary educational conditions for the formation of the deontological complex of the future professional as the basis for the professional activity of deontological specialists in personal interaction is noted.

Keywords: student of deontological profile, deontological attitudes, deontological complex of a professional, professional activity, educational environment.

В настоящее время психологическая подготовка приобретает все большую актуальность и значимость в современном обществе. Повышение качества в современных условиях неразрывно связано с этико-деонтологической культурой специалиста и является основой любой профессиональной деятельности. Эта проблема не только актуальная, но и крайне сложная. Имея длительный опыт в подготовке студентов деонтологического профиля можно констатировать, что воспитание у будущих профессионалов глубоко интернализированных основополагающих принципов этики психологической деятельности представляют собой серьезные трудности.

Студент может прекрасно разбираться в профильных дисциплинах, участвовать в студенческой научной жизни и иметь при этом абсолютно абстрактные, не привязанные к профессиональной жизни, обрывочные представления о деонтологическом аспекте своей будущей профессиональной деятельности. Деонтологический комплекс профессионала является основой и вершиной развития профессионала врача, клинического психолога, социального работника, дефектолога и пр. Проблемы сохранения тайны, особого отношения к человеку, уважение и потребность помочь, безоценочное отношение и свойственное только специалистам деонтологического профиля принятие личности другого человека и многое др. не может быть отвлекенной

абстрактной не привязанной к жизни проблемой, это суть деятельности любого специалиста деонтологического профиля.

Объектом исследования стали психолого-педагогические условия формирования деонтологических установок в образовательном процессе вуза.

В качестве методов сбора информации использован анализ внутренней нормативной, отчетной и аналитической документации Кемеровского государственного университета по проблеме исследования.

Результаты и их обсуждение. Анализ образовательных стандартов, основной профессиональной образовательной программы (ОПОП), учебных планов, содержание отдельных предметов, показывают, что формирование деонтологического комплекса будущего профессионала занимает маргинальное место, как по содержанию, так и по количеству часов. Более того в предложенных образовательными стандартами компетенциях нет ни одной отражающей личностные деонтологические качества профессионала.

Деонтологические профессии требуют от индивида образованности, соблюдения определенных профессиональных и морально-этических принципов по отношению к своему субъекту деятельности, непрерывного процесса личностного и профессионального развития. Все это возможно лишь при условии ценностного отношения к профессии, когда профессиональная деятельность является не только средством поддержания уровня благосостояния, но и способствует процессу самореализации на основе соответствующих мотивов, смыслов, ценностей [4].

Профессии врача, клинического психолога, социального работника, дефектолога строятся на деонтологических принципах, поэтому особое значение для нас имеет развитие ценностно-смысловой сферы и нравственно обусловленного поведения студентов - будущих специалистов.

По мнению А.В. Серого и М.С. Яницкого, в структуре профессионально-важных качеств специалистов деонтологического профиля ценностно-смысловые ориентации занимают основополагающее и интегрирующее

значение [9, 11, 12]. Будущие специалисты, входя в среду профессиональной деятельности, профессионального общения и ценностей в ходе процесса воспитания приобретают новые качества. Главным механизмом такого преобразования становится интернализация профессиональных ценностей [11]. Преподаватели вуза и специалисты, участвующие в учебном процессе, выступают носителями профессиональных ценностей и кроме непосредственного обучения всеми своими поступками, словами, образом мышления влияют на становление личности студента. Ряд исследований показывают, что профессиональные ценности формируются в практической деятельности [1]. В ходе трудовой деятельности студенты активно взаимодействуют с профессионалами, перенимая у них сформировавшиеся отношение к профессиональной деятельности, усваивая ценности и смыслы работы. Интернализация будет протекать успешно только в совместной деятельности, где ценности и смыслы из категории абстрактных знаний посредством интернализации становятся личностными образованиями студента, формируя его отношение к профессиональной деятельности.

Реализация успешной практической деятельности предполагает, что студент в процессе обучения должен приобретать особые индивидуальные качества личности, в ее ценностно-смысловой сфере. По мнению А. Ф. Бондаренко, «...для практикующего психолога проблематика, связанная с этической стороной его деятельности, является, по существу, предельно широкой: это целая совокупность задач, мотивов, смыслов и ценностей, мировоззренческая, теоретическая и социокультурная по своему диапазону; это область, охватывающая личностные структуры психолога в целом, а не просто затрагивающая тот или иной способ решения конкретных затруднений или противоречий, с которыми он может столкнуться в профессиональной деятельности <...> значимость этической проблематики определяется тем, что она играет ведущую роль в формировании особого – деонтологического – менталитета целой профессиональной группы» [3, С. 64-65].

Более того, ценностно-смысловое содержание деятельности специалиста выступает не только фоном, которое определяет деонтологическое отношение, но и является инструментом деятельности специалистов деонтологического профиля. Например, по мнению Б.Д. Карвасарского, личность врача, клинического психолога и психотерапевта является главным психотерапевтическим фактором в системе врач-пациент, психолог-пациент, психолог-клиент. Без которого утрачивается сам смысл подготовки специалистов деонтологического профиля [5].

Мы считаем, что данное положение актуально для всех специальностей деонтологического профиля.

Профессии деонтологического профиля являются классическим примером социальных специальностей. Специфика этого вида профессий состоит в том, что они обслуживают целостный процесс социализации личности. Здесь профессиональная деятельность направлена на человека как на цель, на формирование его социальных качеств. Именно эти виды профессиональной деятельности являются областями существования и развития общечеловеческих ценностей. Как отмечает Е.А. Климов, особенностью специальностей типа «человек-человек» является двойная подготовка – «человековедческая» и еще некоторая специальная [6, С. 5-14].

По нашему мнению, именно «человековедческий» фактор является центральным звеном ценностно-смыслового аспекта деятельности типа «человек-человек». Именно здесь реализуются ценности творчества, которые придают смысл данной профессиональной деятельности.

Исходя из вышесказанного, для специалиста деонтологического профиля наиболее важным является особый уклад личности, где большое значение имеет ориентация на высшие, гуманистические ценности, безусловное принятие другого человека, профессионального чувства любви и долга, и, в конечном счете, отношение к другому человеку, как высшей ценности. Соответственно, успешность профессионального обучения зависит не только от

формирования знаний, умений и навыков, но и воспитание у будущих специалистов таких личностных характеристик как принятие профессиональных ценностей, профессиональной культуры, и в дальнейшем осмысленности профессиональной деятельности. Ценностно-смысловой подход в образовании позволяет сформировать образ будущего профессионала, где основой деятельности является деонтологический подход к работе и выстроить перспективу личностного и профессионального развития специалиста и создать нравственную систему оценки профессиональной деятельности.

Становление такой личности профессионала является актуальной проблемой и должно выступать как основная задача подготовки специалиста на всех этапах воспитательно-образовательного процесса. Согласно И. В. Шамову, деонтологический профиль будущего профессионала включает в себя следующие психологические характеристики:

1. Профессиональное чувство любви к клиенту, готовность жертвовать своим временем, силами в интересах человека, его безусловное принятие, способность к «коперниковскому повороту», то есть способность поставить себя на место другого человека, стремление оказать помощь *ad artis* (по высшим меркам искусства).

2. Профессиональное чувство долга – в работе исходить только из интересов клиента, посвящая свою жизнь высоким целям помощи людям.

3. Потребность в постоянном саморазвитии и самосовершенствовании – специалист остановившемся в своем развитии, выступает живой преградой между потребностью клиента и современными достижениями гуманитарных наук [2, 10].

Таким образом, профессиональная деятельность специалистов в сфере помощи человеку опосредствована нравственными критериями и морально-этическими принципами, и эффективная реализация профессионально значимых личностных качеств профессионала будет определяться ценностно-смысловым аспектом этой деятельности. Отсюда следует, что центральное

место в структуре этих качеств принадлежит ценностно-смысловым образованиям.

Содержательные характеристики такого комплекса нами представляются следующим образом.

1. Сформированный деонтологический комплекс профессионала характеризуется высокими показателями общей осмысленности жизни, осмысленности и удовлетворённости процессом жизни.

2. Потребностью в самореализации и продуктивности жизни, осмысленностью прошлого, настоящего и будущего, целостностью восприятия жизни.

3. Характеризуется определенностью целей профессиональной деятельности, уверенностью и взвешенностью при принятии решений и личностной зрелостью (личная ответственность, интернальный локус контроль, терпимость к различным проявлениям человеческой самобытности).

4. Ответственностью за события своей жизни и умение контролировать и проектировать свое будущее.

5. Отличается преобладанием гуманистических ценностей, ориентированные на ценности самоактуализации.

6. Высокие показатели творческой направленности и эмоционально-насыщенного взаимодействия с другими людьми.

7. Поведение характеризуется гибкостью в реализации своих ценностей, достижении целей и флексибельность во взаимодействии с окружающими миром.

В связи с обозначенной проблемой нами были изучены образовательные стандарты, учебные планы, основные образовательные профессиональные программы, что позволило разработать ряд выводов и предложений по повышению деонтологической компетентности студентов деонтологического профиля обучения.

Современная образовательная система и образовательные стандарты не в

полной мере учитывают потребность в формировании деонтологического комплекса у будущих профессионалов. Соответственно, полученные нами результаты позволяют предложить ряд конкретных рекомендаций по повышению эффективности обучения и воспитания студентов деонтологического профиля подготовки Кемеровского государственного университета.

1. Внесение изменений в Федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования для студентов деонтологического профиля подготовки. Универсальные и общепрофессиональные компетенции должны удовлетворять потребность в формировании деонтологического комплекса будущего профессионала.

– способность к взаимодействию с субъектом деятельности на основе профессиональной этики и нравственных принципов;

– способность понимать социальную значимость своей будущей профессии и нести ответственность за свои решения в процессе профессиональной деятельности;

– способность соблюдать деонтологические принципы как в непосредственной психологической деятельности так и в среде Интернет.

2. Привлечение студентов к профессиональной деятельности в процессе обучения в вузе по типу создания на платформе университета различных школ, студий, лабораторий, студенческих сообществ, программ с целью вовлечения будущих профессионалов в практическую профессиональную деятельность под кураторством сотрудников института.

Будущие специалисты, входя в среду профессиональной деятельности, профессионального общения и ценностей в ходе процесса воспитания приобретают новые качества. Главным механизмом такого преобразования становится интернализация профессиональных ценностей.

3. Вовлечение студентов в добровольческую (волонтерскую) деятельность по оказанию социально-психологической помощи разным

категориям населения [7].

4. Создание в вузе дискуссионных клубов по морально-этическим проблемам с целью воспитательно-образовательной работы со студентами деонтологического профиля подготовки.

Дискуссия проходит в форме обсуждений, споров, столкновений разных точек зрения, обмена суждениями, идеями, мнениями, активным личным участием и отстаиванием своей позиции, все это приводит к формированию у студентов ценностной установки к будущей профессиональной деятельности, профессиональной рефлексии, критического мышления, помогает сформировать профессиональные компетенции, направленные на образование морально-этического комплекса будущего профессионала.

При обсуждении морально-этических проблем можно использовать разные формы проведения дискуссий: круглый стол, форум-обсуждение, мозговой штурм, дебаты, судебное разбирательство, метод Сократа и др.

5. Необходимо в дисциплины первого курса (введение в профессию, профессиональная этика, этические основы социальной работы, и др.) вводить занятия по квалификационным стандартам (ознакомление с трудовыми функциями, трудовыми действиями, необходимыми умениями, необходимыми знаниями, квалификационными требованиями).

Информированность о будущей профессиональной деятельности позволит снизить информационный «голод», нивелировать «разочарование» в выбранной профессии, сформировать образ «профессионала» и установку на профессиональную деятельность.

6. Включить в основную профессиональную образовательную программу дисциплины (профессиональное развитие личности, практикум по психологии профессиональной деятельности, введение в профессию, деонтология социальной работы, профессиональная этика и др.) для формирования деонтологического комплекса будущего профессионала у студентов деонтологического профиля подготовки.

Заключение. Образовательная среда вуза выступает как необходимое условие для личностного развития студентов и формирования необходимых профессиональных ценностей и смыслов, которые могут реализоваться в профессиональной деятельности специалистов деонтологического профиля. Соответственно, внедрение предложенных нами рекомендации в воспитательно-образовательный процесс позволит создать необходимые условия для формирования личностных и профессиональных деонтологических установок; сформировать у студентов деонтологического профиля подготовки – деонтологического комплекса будущего профессионала, ориентированного на ценности профессиональной деятельности, способствующие появлению соответствующих смыслов как базовой характеристики личности будущего профессионала [1, 2, 3, 8, 9].

Литература / References:

1. Аршинова Е.В., Билан М.А. Динамические аспекты интернализации профессиональных ценностей будущих специалистов деонтологического профиля // Вестник Кемеровского государственного университета. 2018. № 4. С. 106–116. DOI: 10.21603/2078-8975-2018-4-106-116.

2. Аршинова Е.В., Билан М.А., Браун О.А., Янко Е.В. Ценностные составляющие «Я-образа» студентов деонтологического профиля подготовки в процессе обучения в вузе // Вестник Кемеровского государственного университета. 2020. Т. 22. № 2. С. 387–396. DOI: <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2020-22-2-387-396>

3. Бондаренко А.Ф. Личностное и профессиональное самоопределение отечественного психолога-практика // Московский психотерапевтический журнал. 1993. Т. 2 № 1. С. 64–65.

4. Браун О.А., Аркузин М.Г., Аршинова Е.В., Билан М.А. Деформация свойств системы идентичности в процессе профессионального выгорания специалистов деонтологического профиля // Вестник Кемеровского государственного университета. 2019. Т. 21. № 3. С. 685–694. DOI:

<https://doi.org/10.21603/2078-8975-2019-21-3-685-694>

5. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учеб. для вузов // Изд. 2-е, перераб. СПб.: Питер, 2002. 672 с.

6. Климов Е.А. Человек как субъект труда и проблемы психологии // Вопросы психологии. 1984. № 4. С. 5-14.

7. Рассохина И.Ю., Аршинова Е.В., Билан М.А. Волонтерская деятельность как средство формирования профессионально значимых компетенций студентов вуза // Профессиональное образование в России и за рубежом 2 (26) 2017. С. 41–49.

8. Серый А.В., Яницкий М.С., Харченко Е.В. Ценностно-смысловые аспекты психологической работы со студенческой молодежью, находящейся в кризисной ситуации // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. 2014. №2. С.40–49.

9. Серый А.В. Осмысленное отношение к профессиональной деятельности как условие развития профессионально значимых качеств психологов-практиков // Вестник Кемеровского Государственного Университета. 2005. №2 (22). С.160-164.

10. Шапов И. А. Врач и больной. М.: Изд-во УДН, 1986. 168 с.

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

12. Яницкий М.С., Серый А.В., Иванов М.С., Утюганов А.А., Хакимова Н. Р. Постнеклассическая педагогическая психология: ценностно-смысловой тренд. Кемерово: КРИРПО, 2017. 202 с.

ПЕСОЧНАЯ АРТ - ТЕРАПИЯ И ЕЕ ВОЗМОЖНОСТИ В РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Аскарова Р. И.

.Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии.

Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал.

Республика Узбекистан, г. Ургенч

Аннотация. На современном этапе общество переживает падение нравственных устоев. Увеличиваются случаи заболевания туберкулезом среди безнадзорных детей. Причинами детской безнадзорности является алкоголизм родителей, их аморальный образ жизни и нежелание заниматься воспитанием своих детей. Арт-терапия способствует улучшению состояния больных детей туберкулезом.

Ключевые слова: туберкулез, арт-терапия, палочка Коха, песочная арт-терапия, возможности, работа, больные.

SAND ART THERAPY AND- ITS POSSIBILITIES IN WORKING WITH TUBERCULOSIS PATIENTS

Askarova R. I.

.Department of Infectious Diseases, Epidemiology and Phthysiology.

Tashkent Medical Academy, Urgench branch.

Republic of Uzbekistan, Urgench

Abstract. At the present stage, society is experiencing a decline in moral standards. Cases of tuberculosis among street children are increasing. The causes of child neglect are alcoholism of parents, their immoral lifestyle and unwillingness to educate their children. Art therapy helps to improve the condition of children with tuberculosis.

Keywords: tuberculosis, art therapy, Koch's wand, sand art therapy, opportunities, work, patients.

Туберкулез хорошо известен в мире, в первую очередь, как инфекционная

патология органов дыхания [1]. Однако не все люди осведомлены о туберкулезе, затрагивающем другие органы и ткани [2]. Палочка Коха умеет длительно прятаться под масками различных вялотекущих хронических заболеваний [3]. Тем самым молниеносно распространяется по организму, угрожая жизни ребёнка [4]. Туберкулёз распространённая инфекция, которая может быть смертоносной [5]. Особенно опасна болезнь для детей и подростков: её сложно выявить и лечить, ведь далеко не все противотуберкулёзные препараты подходят детям [6]

Отказ родителей от воспитания, изъятие ребенка из семьи и помещение его в социальное учреждение оставляет глубокий отпечаток на личности ребенка, особенно на личностях детей-дошкольников, так как именно они наиболее психологически восприимчивы в силу возраста. Это приводит к необходимости социально-психологической реабилитации детей, оставшихся без попечения родителей. Социально-психологическая реабилитация – долгий процесс по тщательной проработке внутренних проблем, использующий в своем арсенале множество разных методик. Среди них можно назвать музыкотерапию, арт-терапию, библиотерапию, глинотерапию. Но особенно важной и актуальной признается песочная терапия.

Песочная терапия» в современном обществе очень высока. Занятия песочной терапией проводятся для обеспечения гармонизации психоэмоционального состояния ребенка, а также они положительно влияют на развитие мелкой моторики, сенсорики, речи, мышления, интеллекта, воображения. Детям часто трудно выразить правильно свои эмоции и чувства, а, занимаясь песочной терапией, ребенок может, сам того не замечая, рассказать о волнующих его проблемах и снять психоэмоциональное напряжение. На занятиях песочной терапией ребенок придерживается определенной программы занятий, которую специалист разрабатывает индивидуально для каждого ребенка.

Песочная терапия помогает детям преодолеть кризисы переходных

периодов, небольшие затруднения с речью, повышенный уровень агрессии, низкую самооценку и другие проблемы. Песочная терапия является для детей естественной игрой, которая не вызывает у них настороженность и чувство страха. Результатом занятий является освобождение от всего, что беспокоит и волнует. И, самое главное, что это освобождение происходит на подсознательном уровне, без применения психологического воздействия и медицинских препаратов.

Занятия песочной терапией подталкивают ребенка к освобождению от внутренних проблем, развивают самооценку ребенка и помогают ему самоутвердиться в обществе. Песочная терапия не ставит цель переделать ребенка, а позволяет через игру научиться быть самим собой.

Теоретическая значимость состоит в том, что была дана общая характеристика детей дошкольного возраста, оставшихся без попечения родителей; раскрыты социально-психологические особенности детей дошкольного возраста, оставшихся без попечения родителей; дана характеристика и определение «песочная терапия»; выявлены особенности реабилитации детей дошкольного возраста, оставшихся без попечения родителей.

Практическая значимость заключается в содержащиеся в нем теоретических положениях и выводах, научно-методическом обосновании и необходимости использования песочной терапии как методики реабилитации детей дошкольного возраста, оставшихся без попечения родителей.

Тему песочной терапии как методики реабилитации детей дошкольного возраста неоднократно изучали разные специалисты..

Предмет исследования – песочная терапия как методика реабилитации детей дошкольного возраста, оставшихся без попечения. Дети, оставшиеся без попечения родителей - лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного родителя или обоих родителей в связи с лишением их родительских прав, ограничением их в родительских правах. Как говорили

древние, наш путь написан на песке. С одной стороны, это зыбкость, неустойчивость, неконкретность, неопределенность, как дом, построенный на песке.

С другой стороны - это вариативность выбора, бесчисленное количество возможностей, как множество песчинок. Песочная терапия представляет собой невербальную не разговорную форму психотерапевтической работы, где основной акцент делается на творческом самовыражении клиента, благодаря которому на бессознательно-символическом уровне происходят выражение, отпускание внутреннего напряжения и поиск путей развития. Эти образы проявляются в символической форме в процессе создания композиции из фигурок, построений на подносе с песком. Технология базируется на сочетании бессловесного процесс построения композиции и словесного выражения клиентов рассказ о готовой композиции, сочинение истории или сказки, раскрывающий смысл композиции.

Песочная терапия одинаково успешно применяется как при работе с детьми, так и при работе с взрослыми. Предлагаемое пособие знакомит читателя с этой, имеющей почти вековую историю, но все еще загадочной и малознакомой и для психологов, и для клиентов – песочной терапией в рамках работы с пожилыми клиентами. Обзорно даны теоретические и исторические основы данной технологии, представлены конкретные упражнения и техники как в формате групповой, так и индивидуальной работы с пожилыми людьми. Картина на песке может быть понята как трехмерное изображение какого-либо аспекта душевного состояния.

Неосознанная проблема разыгрывается в песочнице, подобно драме, конфликт переносится из внутреннего мира во внешний и делается зримым. Песок сопровождает человека с первых дней его появления на Земле. Известны рисунки на песке древних племен Навахо, песочные магические круги тибетских монахов. Древние люди считали, что песок имеет свойства, очищающие энергетику человека. Поэтому в некоторых домах Японии, Китая и

Индии до сих пор при входе стоят сосуды с песком, и каждый входящий в дом опускает туда руки, дабы очиститься от дурных помыслов и чувств. В песке любят возиться и дети, и взрослые. Потребность в песочных играх, во взаимодействии с песком естественна, органична и весьма позитивно влияет на эмоциональное самочувствие любого человека: большого и маленького, здорового и больного. Создание песочных композиций в отличие, например, от рисунка не требует особых умений. Сделать что-то не так невозможно, что особенно важно для тех, кто привык строго оценивать себя.

Песочные игры подходят тем, кому трудно облечь свои переживания в слова - например, потому, что они очень остры и болезненны или просто потому, что человек не обладает даром красноречия.

Песочная Арт-терапия оказывает положительное влияние на детей, больных туберкулезом.

Литература / References:

1. Рахимов А. К. Рахимова Г. К. Арт - терапия и исследование стилей литературных авторов с применением в творчестве и в живописи темы туберкулеза // Научный аспект. 2024. №. 4. Т.38. С. 4944-4950.

2. Рахимов А. К., Рахимова Г. К. Остаточные изменения в легких у детей и подростков после перенесенного инфильтративного туберкулеза (обзор литературы) // Научный аспект. 2024. №. 2. Т.29. С. 3619-3629.

3. Рахимов А. К. Психосоциальная помощь туберкулезным больным с психическими расстройствами // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: материалы IV Международной научно-практической конференции (Кемерово, 20 октября 2023 г.). Кемерово, КемГМУ, 2023. 534 с.

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

5. Рахимов А. К. Профилактика туберкулеза среди детей и подростков //

Наука, техника и образование. 2024. №2(94). С. 62-67.

б. Рахимов А. К. Патриотическое воспитание молодежи вузе в современных условиях // Педагогика и медицина в воспитательном пространстве (Кемерово, 10 ноября 2023 г.). Кемерово, КемГМУ, 2023.

СТИЛИ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Бабарахимова С. Б., Кадырова М. Х.

*Кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии,
медицинской психологии и психотерапии,*

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,

Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В данной статье исследованы особенности семейных взаимоотношений у подростков с расстройствами пищевого поведения, определена степень тяжести депрессии, клинические особенности депрессивной симптоматики, дисморфофобические включения и феномены. Приведена эффективность проведения арт-терапии в комплексном лечении расстройств пищевого поведения у подростков.

Ключевые слова: семья; стили семейного воспитания; психотерапия; расстройства пищевого поведения; подростки; личностные особенности; эмоциональные расстройства.

STYLES OF PARENTING IN ADOLESCENT GIRLS WITH EATING DISORDERS

Babarakhimova S. B., Kadyrova M. Kh.

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

Abstract. This article examines the features of family relationships in adolescents with eating disorders, determines the severity of depression, clinical features of depressive symptoms, dysmorphophobic inclusions and phenomena. The effectiveness of art therapy in the complex treatment of eating disorders in

adolescents is given.

Keywords: family; family parenting styles; psychotherapy; eating disorders; Teen; personality traits; emotional disorders

Введение. Семейные взаимоотношения, микроклимат в семье, стили родительского воспитания играют огромную роль в формировании поведенческих нарушений у детей и подростков, в том числе расстройствах пищевого поведения [1, 9]. Анализ научных публикаций по данной тематике обнаруживает наличие расстройств пищевого поведения, в частности, нервной анорексии в анамнезе, у матерей девочек-подростков, страдающих ограничительным пищевым поведением [2, 6]. Особое значение отводится влиянию стилей родительского воспитания, традициям семейных взаимоотношений, микроклимату и благополучию в семье, как фактору риска формирования нарушений пищевого поведения [4, 7]. Наличие депрессивной симптоматики и характерологических особенностей личности у подростков с расстройствами приёма пищи способствует дезадаптации и снижению личностного потенциала, ухудшает качество жизни подростков [5, 8]. На фоне идей собственной неполноценности и неприятия образа собственного тела, идей физического недостатка или уродства большинство подростков отличаются склонностью к развитию суицидальных попыток [3, 10]. Ограничительное пищевое поведение у девочек-подростков, по мнению научных исследователей, сопровождается совершением аутоагрессивных и аутодеструктивных тенденций несуйцидального характера [2].

Цель исследования: изучить стили родительского воспитания у девочек-подростков с расстройствами приёма пищи для оптимизации превенции и фармакотерапии данной патологии.

Материалы и методы исследования. Объектом для изучения отобрано 52 девочки в возрасте 15-19 лет, поступивших в пограничное отделение городской психиатрической клиники. Согласно МКБ-10, у девочек-подростков

был верифицирован диагноз из рубрики F50 Расстройства приема пищи: F50.0 «Нервная анорексия». С помощью шкалы самооценки депрессии Цунга нами были определены степени тяжести депрессивной симптоматики. Межличностные взаимоотношения в семье, виды родительского воспитания рассматривались согласно классификации Личко А.Е. Всем пациенткам были проведены групповые сеансы арт-терапии в течение срока пребывания в стационарных отделениях психиатрической клиники. Большинство пациенток продолжало посещать сеансы арт-терапии и после выписки из стационара, мотивируя улучшением психоэмоционального фона и адаптационных способностей, улучшением внутрисемейных взаимоотношений с родителями и близкими.

Результаты и обсуждение. На инициальном этапе исследования были установлены стили родительского воспитания в семьях обследуемых девочек подростков, которые определили, что девочки подростки с нарушениями пищевого поведения чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна доминирующая гиперпротекция (56,8%), жестокое обращение (24,7%) и потворствующая гиперпротекция (18,5%).

Изучение состава семьи и микросоциального окружения обнаружило, что в полной семье воспитывалась значительная доля пациенток - 89% случаев наблюдения, а в неполной семье, или в семье с одним из неродного родителя (отчим или мачеха) - 11% случаев наблюдения. При исследовании семьи по характеру внутрисемейных взаимоотношений было зарегистрировано, что в деструктивных семьях воспитывались 43,7% обследуемых пациенток, в амбивалентных семьях- 38,3%, дисфункциональные семьи были определены в 18% случаев.

При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Цунга тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было. Основную массу 61,5% составили исследуемые с легкой степенью депрессии и лишь в 38,5% случаев (была выявлена депрессия средней тяжести. Депрессивная

симптоматика проявлялась тревожно-фобическими расстройствами и соматовегетативными компонентами в виде стойкого снижения аппетита на фоне пониженного настроения и твердой убежденностью пациенток в неполноценности собственных параметров фигуры и несоответствия их параметрам мировых стандартов моды и рейтингов популярности. В клинической картине дисморфофобической депрессии ведущие жалобы были на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности.

Девочки-подростки стремились изменить пропорции собственного тела из-за полноты бёдер, наличия пухлых щёк, толстых ног, лоснящейся жиром кожи лица, крупного носа или огромных ушных раковин, жалобы имели реальную почву для коррекции соответствовали действительности, создавали трудности в формировании взаимоотношений с противоположным полом. Жалобы в основном были на недовольство собственной внешностью, тревожных мыслей по поводу будущего, негативного восприятия прошлого и настоящего, обида на родителей и окружающих, стремления к одиночеству и уединению.

У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательно отношение к жизни, по данным теста Цунга эти девочки стремились к одиночеству, стремление избежать помощи со стороны. В 56% случаев пациентки испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги и аутодеструктивных действий. В основном пациентки совершали порезы острыми предметами в области локтевых сгибов и по внутренней поверхности бёдер. Намерения не носили истинного желания покончить жизнь самоубийством, скорее всего самопорезы совершались на высоте депрессивного аффекта с целью получения душевного облегчения и снятия

тревожного напряжения. На следующем этапе исследования были проведены групповые сеансы арт-терапии и семейной психотерапии. Сеансы семейной психотерапии имели индивидуальный характер, психотерапевт рекомендовал родителям вместе с ребёнком совместный просмотр поучительных фильмов, спектаклей, прочтение книг с последующим разбором и обсуждением актуальных проблем и вопросов. Такой вид психотерапевтического вмешательства устанавливал доверительные отношения в семье, способствовал гармонизации внутрисемейного микроклимата и устранению негативной симптоматики.

Участникам предлагались различного вида трафареты с последующим раскрашиванием их акварельными красками, а затем интерпретацией полученных изображений и обсуждением эмоциональных чувств, испытанных в период проведения арт-терапии. Девочки с удовольствием раскрашивали цветы, фрукты, композиции из овощей, предлагали на следующие сеансы арт-терапии разнообразить выбор тематики, использовать комбинированные методы-оригами, мозаику, лепку.

Выполнение заданий психотерапевта, общение со сверстниками, коллективные обсуждения и анализ раскрашиваемых рисунков, свободное произвольное рисование способствовало раскрытию творческого потенциала. На сеансах семейной психотерапии подросткам и их родителям предлагались различные задания с целью совместного прочтения художественных книг, просмотров художественных фильмов и посещения спектаклей с последующим анализом и обсуждением, рациональным истолкованием тематических произведений.

Заключение. Проведенное исследование особенностей семейных взаимоотношений у подростков с расстройствами пищевого поведения установило, что такие стили родительского воспитания, как доминирующая гиперпротекция и жестокое обращение с подростком, способствуют развитию ограничительного пищевого поведения. Комбинированные методы арт-терапии

приводят к устранению психоэмоциональных нарушений у подростков, формируют адаптацию подростков в социуме, сокращают сроки пребывания в стационаре и укрепляют семейное благополучие.

Литература/ References:

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. Абдуллаева, В.К. Современные подходы к арт-терапии у пациентов психосоматического профиля / В.К. Абдуллаева, Б.Б. Сафарбаев, С.Б. Бабарахимова // Человеческий фактор: Социальный психолог. 2024. № 3(51). С. 9-11. EDN IQNAES

3. Babarakhimova S.B., Mirvorisova Z.Sh., Fayzullaeva K.R. Art therapy of digestive disorders in patients with paranoid schizophrenia // Problems of biology and medicine. 2023. No 1 (142). pp. 29-33.

4. Fayzullaeva K.R., Babarakhimova S.B Features of psychotherapy of digestive behavior disorders in patients with paranoid schizophrenia with consideration of gender differences // Journal of Theoretical and Clinical Medicine, №4, 2023. pp. 41-44

5. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, (2020), No 5 pp. 24-27

6. Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V. Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents – Indian Journal of Forensic medicine & Toxicology. VOL 14, No 3(2020) pp.7258-7263.

7. Sattarov T.F. Interrelation of personal characteristics and affective disorders of patients with breast cancer. European science review, (2016) pp. 87-88

8. 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. С.279-283

9. 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. С.328-321

10. Sattarov T.F. Integrative methods of psychotherapy in adolescents // Science and innovation international scientific journal volume 2 issue 2 2024, pp. 40-

**БОЕВОЙ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС:
КОГНИТИВНАЯ РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ И ИНТЕНСИВНОСТЬ
КЛИНИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ**

Бабура Е. В.

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

Аннотация. В данной статье с помощью определенных методик выявлено влияние уровня боевого травматического стресса на переживания пациентов, связанных с боевыми действиями. Детально исследованы аспекты стрессовых воздействий. Проведена статистическая обработка данных.

Ключевые слова: стресс, психометрические методики, боевой травматический стресс, военнослужащие, посттравматические стрессовые расстройства, арт-терапия.

**COMBAT TRAUMATIC STRESS:
COGNITIVE REPRESENTATION AND INTENSITY
OF CLINICAL CONSEQUENCES**

Babura E. V.

Psychiatric Hospital No. 1 of Makeevka, Russia

Abstract. In this article, the influence of the level of combat traumatic stress on the experiences of combat-related patients is revealed using certain techniques.

The aspects of stress influences are investigated in detail. Statistical processing of the data has been carried out.

Keywords: stress, psychometric techniques, combat traumatic stress, military personnel, post-traumatic stress disorders, art therapy.

Введение. Травматическая и посттравматическая стрессовая ситуация, связанная с боевым стрессом, не может рассматриваться как стандартная ситуация, к которой применимы стандартные лечебно-диагностические подходы. Это экстремальная ситуация, оказывающая реальное вредоносное на человека и субъективно воспринимаемая им угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности и благополучию, как самого человека, так и значимых для него окружающих [6]. От способа когнитивной оценки ситуации боевого стресса в значительной степени зависит интенсивность клинических проявлений посттравматических стрессовых расстройств, связанных с боевыми действиями.

Цель исследования: с помощью комплекса психометрических методик определить влияние уровня субъективных репрезентаций ситуации боевого стресса на интенсивность болезненных переживаний у пациентов с ПТСР, связанных с боевыми действиями.

Работа выполнена в соответствии с клиническими рекомендациями – Посттравматическое стрессовое расстройство – 2023-2024-2025 (28.02.2023), утвержденных Минздравом РФ.

Объект. Обследовано 85 военнослужащих, в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст 36 лет), в том числе контрактники- 6,0%, добровольцы-11,0%, мобилизованные-83,0%. Уровень образования: среднее-14%, специальное-55,0%, высшее-31,0%. Социальный статус к моменту службы: рабочие – 47%, служащие-34,0%, учащиеся-9,0%, прочие-10,0 %. Наличие предшествующего боевого опыта: имеется-30,0%, отсутствует-70,0%. Семейное положение: женат-68,0%, холост-28%, разведен-4,0%.

Продолжительность участия в боевых действиях: 1-6 месяцев – 39%, 7-12 месяцев-16%, более 12 месяцев-45%.

Методы исследования. Основным критерием для включения пациентов в исследование являлось наличие у них признаков психического расстройства, связанного с боевым травматическим стрессом. Для верификации этого критерия, помимо стандартных аналитических и клинических процедур использовались «Шкала интенсивности боевого опыта» и «Шкала оценки влияния травматического события» (ШОВТС).

В работе также использовался ряд методик, предназначенных для измерения различных аспектов стрессовых воздействий и интенсивности клинических проявлений посттравматических стрессовых состояний [1].

В качестве основного психодиагностического инструмента использовалась «Шкала для клинической диагностики ПТСР – модуль 1 «ПТСР». Данная психометрическая методика позволяет оценить уровень выраженности симптоматики ПТСР и частоты проявления симптомов [4].

Для статистической обработки данных применялся лицензированный пакет SPSS 23 с приложениями авторизованной работы с Excel-таблицами. Все числовые данные прошли проверку на нормальности распределения (критерий Колмогорова-Смирнова), применялись параметрические критерии-до двух выборок-критерии Т-Стьюдента для несвязанных данных и дисперсионный анализ для трех и более выборок. Для непараметрических критериев применялся критерий Манна-Уитни (для двух групп исследования).

Результаты обследования. Верификация факта переживания боевого травматического стресса с помощью «Шкалы оценки интенсивности боевого опыта», позволила определить у лиц, включенных в исследование повышенный (38%) и высокий (62%) уровень интенсивности боевого стресса, что служило косвенным подтверждением перенесенного травматического стресса.

Результаты исследования влияния травматического события и выраженности развития ПТСР, полученные с помощью методики ШОВТ,

свидетельствуют о высоком уровне переживаний испытуемых по всем субшкалам методики: субшкала «вторжение» - $31,44 \pm 6,51$; субшкала «избегание» - $30,79 \pm 6,37$; субшкала физиологическая возбудимость - $28,34 \pm 8,17$; общий балл – $90,57 \pm 21,05$. Средние значения методики ШОВТ приближается к показателю максимальной интенсивности оцениваемых симптомов (35 баллов), что позволяет идентифицировать их как проявление ПТСР.

Интегральный показатель субъективной репрезентации (когнитивной оценки) ситуации накопления травматического боевого опыта свидетельствует о крайне высоком уровне ее стрессогенности ($6,38\% \pm 0,34$ балла при максимальной оценке – 7 баллов). Все показатели, отражающие те или иные аспекты стрессогенной ситуации, оказались крайне невысокими.

Наибольший вклад в стрессовое реагирование пациентов вносили переживания угрозы утраты («ситуация грозит мне большими потерями»), утраты («ситуация сопряжена с моей огромной потерей (утратой) и невозможности понимать и управлять ситуацией («подобная ситуация является трудной для понимания и разрешения»). Менее значимыми для пациентов были переживания вызова (диспропорция между собственным вкладом в ситуацию и морально-материальным вознаграждением) и переживание автономности ситуации («вера в позитивную изменчивость»). При этом, когнитивным оценкам ситуации, отражающим высокий уровень стрессогенности, сопутствовали низкие показатели ресурсных возможностей личности для избавления от опасности, снижения вероятных потерь, адаптации к ситуации.

Изучение таких факторов в ходе настоящего исследования и интервьюирования пациента, а также анализа представленных в научной литературе данных позволило выделить ряд факторов, оказывающих потенциально негативное влияние на переживание личностью боевого стресса, способствующее значительной его интенсивности.

1. В период молодости и зрелости военнослужащие более адаптивны и

менее подвержены стрессу, чем лица старшего поколения [7, 3].

2. Выраженность травматического восприятия стресса и реагирования на него связана с такими конституциональными факторами как интроверсия, ригидность, эмоциональная нестабильность, слабость процессов возбуждения.

3. Важнейшими факторами, влияющими на интенсивность переживания личностного травматического стресса. Является снижение контролируемости событий и, как следствие, их неуправляемость и неэффективность действий в трудной жизненной ситуации, что способствует формированию состояния «выученной беспомощности» [5].

4. Неблагоприятное влияние на выраженность переживания стресса оказывают такие личностные качества человека, как низкий уровень поисковой активности в ситуации с неопределенностью, преобладание мотивов избегания неудач, ригидность, недоверчивость, фатализм [2].

На следующем этапе исследования с использованием методики CAPS был проведен анализ интенсивности травматических стрессовых переживаний.

1. Первая стадия (средние показатели по методике CAPS- $2,33 \pm 0,716$ баллов, и 28,8 баллов) – соответствует дистрессу и некоторым усилиям по совладанию с ним.

2. Вторая стадия (средние показатели CAPS – $2,73 \pm 0,813$ баллов и 46,28 баллов) соответствует выраженной интенсивности дистресса.

Вторая стадия травматического стрессового процесса наблюдалась у 69 обследованных – 81,2%.

3. Третья стадия не наблюдалась. По-видимому, это связано с небольшим промежутком времени (до 6 месяцев), прошедшем после травматического воздействия.

Заключение. Субъективные характеристики ситуации связанной с боевыми действиями, являются важными параметрами ее стрессогенности, влияющими на интенсивность клинических проявлений ПТСР.

Литература/ References:

1. Абабков В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. [Текст] / М. СПб. Речь. 2004. С. 166.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. С. 267.
3. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. [Текст] / СПб.: Питер. 2009. С. 329.
4. Мангуссон Д. Требуется: психология ситуаций. Психология социальных ситуаций. 2001. С. 153-159.
5. Налчаджян А.А. Социально-психическая адаптация личности: (Формы, механизмы и стратегии). [Текст] / Ереван, 1988. С. 263.
6. Снедков Е.В. Комбатанты. Посттравматическое стрессовое расстройство. [Текст] / Ростов н/Д. Изд-во РостГМУ. 2015. С. 109-142.
7. Фирсова Н. Г. Стресс-преодолевающее поведение людей пожилого возраста. 2014. №5. С. 271-273.

РАБОТА С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ. ВЗГЛЯД КОНСУЛЬТАНТА «ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ»

Белоногов М. Е., Лопатин А. А., Рублева О. П.

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

Аннотация. В статье рассмотрены некоторые принципы работы консультанта «телефона доверия» с абонентами, высказывающими суицидальные идеи. Раскрыта структура суицидального поведения, рассмотрены и вкратце проанализированы движущие силы, стоящие за суицидальными рисками. Приведены примеры работы в рамках телефонного консультирования потенциальных суицидентов.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, телефон доверия, телефонное консультирование, смыслы, ценности, мотивация, жизненные миры.

**WORKING WITH SUICIDAL RISK.
THE VIEW OF THE HELPLINE CONSULTANT**

Lopatin A.A., Belonogov M.E., Rubleva O.P.

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

Abstract. The article discusses some principles of the work of a helpline consultant with subscribers expressing suicidal ideas. The structure of suicidal behavior is revealed, the driving forces behind suicidal risks are considered and briefly analyzed. Examples of work in the framework of telephone counseling for potential suicides are given.

Keywords: suicide, suicidal behavior, helpline, telephone counseling, meanings, values, motivation, life worlds.

Введение. Добровольное и осознанное лишение себя жизни, как социокультурный феномен, представляет собой серьезную проблему и, вместе с тем, почву для обсуждений и споров уже очень давно. Известен непримиримый антагонизм между взглядами Аристотеля и Пифагора, и жизненными принципами стоиков и эпикурейцев, в то время как Сократ и Платон занимали по этому вопросу промежуточную позицию. [5] В настоящее время также имеется резкое расхождение между точкой зрения, например, традиционного православия и позицией, которую условно можно назвать либеральной. А именно: для первых «суицид – это грех, это недопустимо, поскольку жизнь дана человеку свыше»; для других же – «человек свободен, он имеет право распоряжаться своей жизнью так, как он сочтет нужным».

Между двумя полярными мнениями и в современности найдется место чему-то среднему. Заслуживает внимания, в частности, позиция В. Франкла, который, с одной стороны, будучи по духу экзистенциалистом, не мог не признавать за человеком свободу выбора; с другой стороны, он, прошедший ужасы концлагерей, не мог не ценить жизнь – во всех ее формах и проявлениях.

К самому факту самоубийства он относился с сожалением, подчеркивая, что «самоубийца не боится смерти – он боится жизни». [6] Но главный факт, который нельзя обойти или проигнорировать, заключается в том, что суицидальное, саморазрушающее поведение людей – это реальность нашей жизни, с которой нам, специалистам помогающих профессий, все равно неминуемо придется иметь дело.

«Телефон доверия» и суицидальные риски.

Телефоны экстренной психологической помощи были изначально задуманы именно как службы, которые призваны осуществлять профилактику, предотвращение суицидов. Британский священник Чад Вара организовал свой «Телефон доверия» (далее – ТД) именно под влиянием того, что множество его прихожан сводили счеты с жизнью, не успев попасть к нему на исповедь – чисто технически, т.е. не получив помощь экстренно, здесь и сейчас. То же самое можно сказать и о службах ТД в России. Основателем первого ТД, еще при Советском Союзе, была Амбрумова А.Г. – суицидолог по профессии. Поэтому сохранение жизни человека, кем бы он ни был – это безусловный приоритет в работе любого консультанта ТД, можно сказать, что так сложилось исторически.

Если обратиться к статистике, то более чем 30-летняя практика Кемеровского ТД демонстрирует нам 1,5-3,0% суицидальных обращений из общей массы звонков. Может показаться, что не так уж и много, но если посчитать, то получится, что активно работающий консультант ТД проводит не менее 70-80 консультаций с суицидальными обращениями в год. Это, в свою очередь, означает, что психологи с большим стажем работы на ТД отработывают за время своей профессиональной деятельности сотни, а некоторые и тысячи консультаций с суицидальными абонентами. При мысли об этом становится не по себе, поскольку каждое такое обращение – это вызов и испытание, проверка на гуманизм, стрессоустойчивость и, конечно, профессиональное соответствие консультанта. Что касается других обращений

на ТД, которые требуют нашего активного вмешательства, то любое из них можно с уверенностью рассматривать, как профилактику суицидоопасного состояния. Так, иногда, в завершении работы с очередным абонентом, где о суициде не упоминалось ни одним словом, вместе с благодарностью можно услышать, например: «А Вы знаете о том, что спасаете жизнь?». Мы знаем, конечно, но за напоминовение очень признательны.

Структура суицидального поведения.

Как уже было сказано выше, суицидальное поведение и, как его апофеоз, - завершённый суицид, к сожалению, представляют собой неизбежную, неотъемлемую часть нашей жизни – так же, как боль и страдания, потеря близких людей, неразделенная любовь и многое другое. Это реальность, с которой приходится считаться, хотим мы того или нет. Следовательно, необходимо рассмотреть структуру этого явления.

Итак, суицидальное поведение имеет цель – нахождение решения – хотя бы какого-то. Эта цель достигается при помощи решения довольно трудной задачи – прекращение сознания. Стимулируют человека ко всему этому тягостные переживания, источником которых, как правило, является фрустрация базовых психологических потребностей, таких как, например, доверительное общение, понимание и участие к его переживаниям, поддержка, безусловное принятие и т.д.

Реакцией на фрустрацию чаще всего бывают: отчаяние, ощущение беспомощности и безысходности. В подобных ситуациях когнитивные функции человека закономерно снижены. Если и можно как-то охарактеризовать действие людей, находящихся в таком состоянии, то это – бегство, бегство от ситуации, от проблем, от себя, от невыносимых переживаний и т.д. Отношение ко всему происходящему, к миру и к самому себе – амбивалентное, поскольку, с одной стороны, человек может всех ненавидеть, в том числе и самого себя, а с другой – жалеть себя, любить «эту девушку», беспокоиться за ребенка и т.д.

Следует также помнить о том, что, обращаясь на ТД, человек стремится

сообщить о своем намерении уйти из жизни, но при этом, скорее всего, бессознательно желая, чтобы его остановили, переубедили, что-либо объяснили и т.д. Разумеется, в суицидальном поведении, как и во многом другом, например, в личных отношениях, в профессиональной деятельности, человек неминуемо проявляется как личность и неповторимая индивидуальность [5].

Большая часть из этих общеизвестных фактов порождает ощущение растерянности и безнадежности. Однако последние пункты оставляют нам возможности «зацепиться за жизнь» вместе с нашим абонентом. Разговоры о том, что дорого человеку, поддержка его самооценки, да еще и при учете его индивидуальных особенностей – порою способны творить чудеса.

Смыслы и ценности как позитивный фактор в работе с суицидальными рисками.

Гораздо менее очевидные моменты в суицидальном поведении – это мотивация человека, его смыслы и ценности. Кажется парадоксальным, но именно на этих вещах важнее всего нам и будет сконцентрировать свое внимание. Мотивация, как движущая сила любой деятельности человека, в том числе и аутодеструктивной, стоит здесь особняком, поэтому говорить о ней придется отдельно и чуть позднее.

Несмотря на то, что в пре-суицидальном состоянии смыслы и ценности, как правило, «не стоят на повестке», о них можно и нужно говорить, поскольку порой человек находится в состоянии «суженного сознания», и такие мысли ему недоступны по определению. Смыслы и ценности представляют собой сущностные, экзистенциальные характеристики личности, которые во многом определяют содержание и характер взаимодействия человека с миром и с самим собой. При упоминании о таких вещах может произойти «разрыв шаблона», что в данной ситуации будет, безусловно, на пользу абоненту.

Когда мы имеем дело с потенциальным суицидентом, который уже «практически решился» – любая динамика может считаться позитивной. В конечном итоге, если нам удалось – всеми правдами и неправдами – вывести

абонента на разговор о смыслах и ценностях, можно считать, что это уже половина победы, поскольку это будет уже игра «на нашем поле».

Вот характерный пример. Относительно недавно на ТД обратилась женщина средних лет, у которой из-за врачебной ошибки могла серьезно пострадать внешность. Угроза была столь реальна, что эта женщина не могла говорить ни о чем другом, находясь в отчаянии и безысходности. Внешность для нее была очень значима. После первой консультации у нее появилась надежда, и она попросила разрешения иногда обращаться за помощью на ТД.

Во время третьего разговора психолог обратил внимание абонентки на то, что в беседе речь идет уже не совсем о ее проблеме. «Да, мы сейчас скорее философствуем!», – с удивлением воскликнула она. Речь в тот момент шла как раз о смыслах и ценностях.

При завершающем обращении в ее голосе звучали оптимизм, жизнерадостность и благодарность.

Предпосылки мотивации суицидального поведения.

Прежде чем говорить о мотивации, стоит задаться отнюдь не праздным вопросом: «а из какого эго-состояния с точки зрения трансактного анализа Э. Берна человек чаще всего совершает суицид?» [2]. Ответ может показаться парадоксальным: такой серьезный шаг человек совершает, как правило, из эго-состояния ребенка! Если говорить точнее – из состояния подростка. Подросток – это протест, возможно, даже бунт, когда не существует авторитетов, когда все или ничего, когда своя точка зрения – самая ценная, даже если она на 100% не соответствует действительности. Против чего же может бунтовать подросток? Если говорить обобщенно, то против несовершенства, несправедливости, «неправильности» этого мира.

Чтобы составить себе об этом более полное представление, имеет смысл обратиться к теории «жизненных миров» Ф.Е. Василюка [3]. В ней автор условно подразделяет внутренние представления человека о реальности на «простые» и «сложные», а формы его взаимодействия с миром – на «легкие» и

«трудные». Четыре сочетания этих факторов и составляют упомянутые выше «жизненные миры», условно обозначенные автором как:

1. Мир детства (простой и легкий);
2. Мир достижения (простой и трудный);
3. Мир ценностей (сложный и легкий);
4. Мир творчества (сложный и трудный).

«Мир детства» в особых комментариях не нуждается, поскольку за ребенка закономерно несут ответственность взрослые и значительную часть трудностей тоже берут на себя. Вопрос лишь в том, насколько каждый человек в этом мире задерживается.

Название следующего жизненного мира говорит само за себя: человек сконцентрирован на достижении своих целей любыми путями и любой ценой, не думая об адекватности средств. Цель для таких людей оправдывает средства – со всеми вытекающими последствиями, порою, к сожалению, фатальными.

Носитель «мира ценностей» прекрасно описан в романе И.А. Гончарова «Обломов». Человек, которому не чужда совесть и нравственность, как правило, достаточно интеллектуальный, но так и не решившийся совершить в своей жизни какой-либо серьезный поступок.

«Мир творчества» – единственный, в котором есть место подлинной психологической зрелости и взрослости. Там присутствуют и мотивация достижения, и ответственность. Такие люди не боятся принимать решения, осуществлять их, не поступаясь принципами, и пожинать плоды своих трудов, какими бы они ни были, никого не обвиняя, если вдруг что-то пошло не так. Только здесь есть возможность адекватно воспринимать действительность, поскольку мир на самом деле все-таки трудный и сложный, а другой реальности Создатель для нас не предусмотрел.

Весьма показательно в этом смысле обращение от девушки, которая находилась в состоянии после суицидальной попытки, полная решимости довершить начатое. Уже позднее выяснилось, что на телефоне у нее в тот

момент было всего 15 рублей, проговорив которые, она и планировала свести счеты с жизнью. Линия оказалась, по счастью, бесплатной. Будучи успешным молодым специалистом с блестящими перспективами, она не испытывала никаких проблем касательно трудности окружающего мира. Зато со сложностью у нее были серьезные проблемы, которые и завели ее в такой тупик, из которого она видела только один выход. И все три часа общения психолог занимался с абоненткой, в основном, «усложнением ее внутреннего мира». Результат превзошел все ожидания – и ее, и консультанта. Это не помешало психологу заметить в завершении, что иногда и 15 рублей могут быть целым состоянием [1].

А если серьезно, то самые ценные вещи нам, как правило, даются бесплатно: свобода, любовь, здоровье, природа. Другое дело, что распоряжаемся мы ими по-разному.

Виды негативной мотивации и специфика работы с ними

Переходя к проблеме мотивации при суицидальном риске, уместно вспомнить, что существует несколько возможных мотивов, условно говоря, «плохого поведения», поскольку суицидальное поведение назвать хорошим язык не повернется. Итак, это:

1. привлечение внимания;
2. властолюбивое поведение;
3. мстительное поведение;
4. мотивация избегания неудачи. [4]

Говоря формально, каждое обращение на ТД непременно несет в себе элемент мотивации привлечения внимания. Но в данном контексте имеется в виду достаточно честная и открытая коммуникация, смысл которой состоит в просьбе: «уделите мне внимание, окажите мне поддержку, посвятите мне время, пожалуйста!» Такие обращения – даже те, которые содержат элементы суицидального риска – представляют собой, чаще всего, наиболее простые и относительно безобидные для работы консультанта случаи. В таких ситуациях,

как правило, достаточно просто сделать то, о чем нас просит абонент. Внимание, эмпатия, поддержка, безусловное принятие и неподдельный интерес – вот тот минимум, который мы можем и должны предложить человеку, который нам доверился. Кстати, этот перечень практически идентичен тем фрустрированным психологическим потребностям, о которых говорилось выше. Обычно этого, рано или поздно, оказывается достаточно, чтобы помочь человеку прийти в ресурсное состояние.

Через службу «112» на ТД обратился не совсем трезвый молодой мужчина с суицидальными мыслями. Разговор длился около получаса, в течение которых абоненту было уделено внимание, проявлено сочувствие, продемонстрировано понимание серьезности его проблем и т.д. Общение было прервано приездом врачей и полицейских, с которыми оперативно связались сотрудники службы «112», однако необходимость в их вмешательстве к тому времени в целом отпала.

Еще один пример. Глубокой ночью на ТД обратилась молодая девушка, у которой за последние несколько лет ушли из жизни шесть (!) близких родственников и сгорела квартира. Несмотря на то, что она заявляла в ходе беседы в основном материальные проблемы и проблемы соматического здоровья, которое пошатнулось в результате многочисленных злоключений, запрос на психологическую поддержку звучал тоже явственно. После часа общения она отметила, что ей стало намного легче и теперь она готова дальше бороться с жизненными трудностями. В мужестве ей, безусловно, не откажешь, там все в порядке и с трудностью мира, и со сложностью. Выразив неподдельное восхищение стойкостью девушки, психолог от души пожелал ей удачи.

Обращения от властолюбивых абонентов – всегда манипулятивные, направленные на установление контроля над консультантом ТД. Иногда можно услышать, например: «вот сейчас я что-нибудь с собой сделаю и оставлю записку, что это Вы виноваты!». Контролировать все и всех стремятся обычно

люди с повышенной тревожностью. Конфронтация с такими абонентами лишь усиливает эту тенденцию, что почти никогда не бывает продуктивным с точки зрения процесса консультирования. Поэтому имеет смысл признать за абонентом свободу выбора, право принять и осуществить свое решение, но предложить все-таки сначала пообщаться, раз уж он к нам обратился. Наша цель – выйти на доверительный диалог, после чего тревога абонента, как правило, снижается, а сам он становится более конструктивным и доступным для нашего воздействия. Ну, а далее – все как с мотивацией привлечения внимания.

Как-то поздним вечером через службу «112» на ТД обратилась женщина, мягко говоря, не обремененная культурными нормами. Она находилась в состоянии алкогольного опьянения, рядом находились двое ее детей 5 и 9 лет, они не спали, поскольку иногда было слышно, как они общаются между собой. Так вот, в общении с консультантом ТД она неоднократно повторяла угрозу совершить суицид и что в этом случае, конечно, вся вина ляжет на дежурного психолога ТД, обещая оставить записку соответствующего содержания. Речь ее содержала большое количество ненормативной лексики, возможность конструктивного диалога была призрачной. Связь несколько раз прерывалась по разным причинам, но операторы службы «112» добросовестно восстанавливали соединение. Прошло много времени, прежде чем женщина поняла, что в помощи ей отказывать не собираются, что поговорить по хорошему – вполне реально без всяких угроз и манипуляций. Завершающий разговор продолжался минут 40 и был весьма конструктивным.

Нельзя, наверное, в связи с этим не сказать о женщине, которая на протяжении нескольких лет практически «терроризирует» службу «112», а заодно и службу ТД. Все ее поведение направлено на то, чтобы завладеть вниманием работников экстренных служб, и в средствах она не стесняется. К ней несколько раз выезжали медики и полицейские, поскольку она время от времени высказывает суицидальные намерения. Но она делала это столько раз,

что реагировать уже не хочется, как в сказке о мальчике и волках. В минуты просветления она благодарит консультантов ТД и говорит, что если бы не они, то она давно бы покончила с собой. Но в остальное время ее поведение полностью отвечает характеристике «властолюбивое».

Абоненты, которыми движет желание кому-то отомстить, чаще всего бывают весьма агрессивны и озлоблены. Не так уж редко, этим «кем-то», которому нужно отомстить, может стать и консультант ТД. При кажущемся однозначном негативе подобных ситуаций, следует помнить о том, что агрессия – это тоже жизненная энергия, которая, если суметь направить ее в нужное русло, может сослужить нам добрую службу. Звонит человек, конечно, с желанием уйти из жизни, чтобы какие-то значимые для него люди, наконец-то поняли, кого они так не ценили, а теперь потеряли. За этим, безусловно, стоит желание человека подчеркнуть свою значимость. Значит, нам не надо жалеть усилий, чтобы вместе с абонентом найти для него менее фатальный и более конструктивный способ доказать, что он еще чего-то в этой жизни стоит. Здесь как раз может быть эффективной и конфронтация.

Однажды на ТД обратился мужчина, который помимо намерений уйти из жизни проявлял неприкрытую враждебность к консультанту ТД. Попытки как-то это преодолеть имели скорее обратное действие. Видя твердое намерение абонента поконфликтовать, психолог решил дать ему желаемое, на свой страх и риск. Стал отвечать ему в том же ключе, воздерживаясь только от ненормативной лексики и прямых оскорблений. По истечении некоторого времени, дождавшись паузы, консультант просто извинился перед ним, добавив, что «мы просто погорячились» и так со всеми иногда бывает. Сначала абонент растерялся, а потом у него произошел катарсис, так это, наверное, можно назвать. Он расплакался, тоже извинился, сказал, что вообще-то против службы ТД ничего не имеет. Оказывается, он уже обращался сюда за помощью пару лет назад и ему хорошо помогли. Рассказал вкратце о своих нынешних проблемах, и вместе с психологом поразмышлял о путях разрешения

создавшейся ситуации. Консультант и абонент расстались «друзьями», а уходить из жизни мужчина передумал.

В другом случае через службу «112» обратился мужчина возраста около 50 лет, у которого в зоне СВО погибли два младших брата. Он видел перед собой реальную альтернативу: пойти на фронт и отомстить или добровольно уйти из жизни. У него серьезная воинская специальность, и он был полон решимости. При этом у него четыре дочери, у которых, к сожалению, нет мамы. Стоило большого труда обратить его внимание на то, что он очень нужен своим дочкам, что «на гражданке» у него тоже найдутся дела. Тем более, в ходе беседы выяснилось, что гражданская специальность у него не менее серьезная, он очень квалифицированный специалист, которому непросто найти замену.

Потенциальные суициденты, подверженные мотивации избегания неудачи, могут показаться, на первый взгляд, не слишком проблемными. Однако, при ближайшем рассмотрении, мы убеждаемся, что это далеко не так. За внешним спокойствием и отсутствием бурных эмоциональных проявлений чаще всего скрывается мрачная решимость и покорность злему року. Именно такие абоненты наиболее подвержены регрессу в процессе беседы, когда человек, который, казалось бы, уже вышел в позитив, снова говорит буквально следующее: «спасибо, Вы мне очень помогли, но, наверное, лучше всего мне будет все-таки уйти из жизни». И практически все приходится начинать сначала. Это и неудивительно, поскольку источником своих неудач он может считать всю свою жизнь, соответственно, избегание неудачи для него равно уходу из жизни. У абонента с такой мотивацией часто есть ощущение, что весь мир настроен против него, а консультанту ТД, за неимением лучшего варианта, зачастую приходится на какое-то время «встать рядом с ним, против всего мира», как бы пафосно это ни звучало.

В связи с этим вспоминается ряд обращений от девушки, которая в ранней юности пережила сексуальные домогательства отчима. Прямого изнасилования ей избежать удалось, но ее личные границы были безжалостно

разрушены и растоптаны. Больше всего ее возмущало и удручало то, что ни один из ее близких людей не отнесся серьезно к ее проблеме, включая ее родного отца, на которого она очень рассчитывала, а мама и по сию пору живет бок о бок с этим самым отчимом. По признанию девушки, первым человеком, который воспринял ее ситуацию как по-настоящему проблемную, был консультант ТД. Вот здесь и пришло время «встать рядом против всего мира». Может быть, именно благодаря этому человек еще жив и продолжает бороться.

Как-то на ТД позвонил молодой человек, который сообщил консультанту, что съел все таблетки, которые были у него дома, а сейчас запивает все это коньяком. К счастью, он был не против того, чтобы сообщить свой адрес и подождать пока дежурный психолог ТД позвонит в службу «112». Консультанту ТД было предложено «сопровождать его в мир иной». Деваться было некуда, началось общение. Дела у него действительно были не очень: работа, учеба, личная жизнь, отношения с родными – все «как-то не так», сплошные неудачи. В какой-то момент разговора он вдруг передумал умирать, спросил, что нужно делать, чтобы вызвать рвоту. Мы пили много воды, совали пальцы в рот, а после этого нас успешно тошнило. Все это было крайне увлекательно, но психолог испытал огромное облегчение, когда, наконец-то, приехала первая экстренная служба. Ею оказалась полиция, после чего разговор закономерно сошел на нет. Кажется, и в этот раз все обошлось.

Конечно, сохранение жизни здесь и сейчас – это хорошо, но для того, чтобы мы могли с оптимизмом смотреть в будущее, необходимо, чтобы человек осознал себя автором своей жизни, творцом собственной судьбы, обрел субъектность. Можно сказать, что помочь ему в этом - наша задача-максимум. Идеальным можно считать вариант, когда абонент принимает решение обратиться к специалисту за очной консультацией.

Заключение. Еще З. Фрейд говорил о том, что в отдельно взятом человеке, как и в человечестве в целом, существуют два противоположных начала, названия которым – Эрос и Танатос, то есть стремление к жизни и

стремление к смерти [7]. Поэтому каждый из людей, живущих в нашем мире, хочет он того или нет, так или иначе, делает выбор между созиданием и разрушением, творчеством и бездействием, служением и паразитированием, взрослостью и инфантильностью. Мы, сотрудники ТД, очень рады, что не просто выбираем в этом противостоянии правильную сторону, а всеми силами, стараемся создать условия для того, чтобы аналогичный выбор могли сделать и люди, которые обратились к нам за помощью.

Литература/ References:

1. Белоногов М.Е. По лезвию бритвы скользя – эссе // Медицинский психолог, 2021.
2. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. Москва: Эксмо, 2024.
3. Василюк Ф.Е. Психотехника выбора // «Психология с человеческим лицом. Гуманистические перспективы в постсоветской психологии». М. : Смысл 1997.
4. Кривцова С.В. Учитель и проблемы дисциплины. М. : «Генезис», 2004.
5. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование М.: Смысл, 1999.
6. Франкл В. Человек в поисках смысла / Пер. с англ. М.: Прогресс, 1990.
7. Фрейд З. Печаль и меланхолия//Психология эмоций, М.: Издательство МГУ, 1984.

ОПЫТ РАБОТЫ «ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ» С АБОНЕНТАМИ, ИМЕЮЩИМИ НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА. МОТИВИРОВАНИЕ В РЕЖИМЕ ТЕЛЕФОННОГО ДИАЛОГА ЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ НА ОБРАЩЕНИЕ ЗА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Белоногов М. Е., Зорохович И. И., Колпакова Ю. В., Рублева О. П.

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

Аннотация. В статье показаны особенности консультирования абонентов с зависимым поведением в рамках возможностей «телефона доверия». Рассмотрена классификация дистанционных обращений по наркологическим проблемам. Приведён алгоритм работы с каждой из групп с целью мотивации на обращение за пролонгированной помощью зависимых абонентов и их родственников.

Ключевые слова: «телефон доверия», телефонное консультирование, зависимость, зависимое поведение, алгоритм работы, мотивация.

EXPERIENCE OF THE HELPLINE WITH SUBSCRIBERS WITH DRUG ADDICTION DISORDERS. MOTIVATING DEPENDENT PATIENTS AND THEIR RELATIVES IN A TELEPHONE DIALOGUE MODE TO SEEK DRUG TREATMENT

Belonogov M. E., Zorokhovich I. I., Kolpakova Y.V., Rubleva O .P.

Kuzbass Clinical Narcological Dispensary

named after Professor N.P. Kokorina, Russia, Kemerovo

Abstract. The article shows the features of counseling subscribers with dependent behavior within the capabilities of the «helpline». The classification of remote appeals on narcological problems is considered. Algorithms for working with each of the groups are presented in order to motivate dependent subscribers and their relatives to seek extended help.

Keywords: helpline, telephone counseling, addiction, dependent behavior, work algorithm, motivation.

Введение. Особенностью наркологической службы Кузбасса является наличие в ее структуре подразделений, которые занимаются оказанием помощи людям, находящимся в кризисном состоянии. Это обусловлено тем, что наркологические расстройства и кризисные состояния тесно связаны друг с другом, и без комплексного подхода к лечению зависимости нельзя добиться

высокой эффективности в этом. Первичным звеном кризисной службы является «Телефон доверия».

В данной статье разговор пойдет об особенностях работы психологов «Телефона доверия» ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», который начал свою деятельность более 30 лет назад, с абонентами, заявляющими наркологические проблемы. Представленная статья – результат многолетнего опыта работы психологов «телефона доверия», обобщение накопленного ими теоретического и практического материала в области дистанционного консультирования по проблеме зависимого поведения.

С самого начала надо сказать, что проблему зависимостей как таковую, в «чистом» виде абоненты озвучивают достаточно редко. Она скорее относится к числу «прикладных» проблем. Обычно абоненты начинают рассказывать о своих жизненных неурядицах. И только в процессе разговора обозначается проблема зависимости самого абонента, его родственника или близкого ему человека. Количество подобных звонков остается традиционно высоким. Так, например, за 2023 год обращения, которые в той или иной степени затрагивали бы данную тематику, составили около 12% от общего количества звонков.

Здесь мы проведем краткий анализ поступающих на «Телефон доверия» звонков вообще и наркологических обращений в частности, а также предложим алгоритмы работы для каждой категории наркологических обращений, основанные на многолетнем опыте консультирования психологов «Телефона доверия».

С какими проблемы чаще всего звонят абоненты на «Телефон доверия»? Причины обращений бывают самые разные. Согласно многолетней статистике, лидирующее место в списке таких проблем занимают *личностные проблемы*, к ним относятся одиночество, потеря смысла жизни, принятие себя и т.д.

В 2023 году поступило почти 33,4% подобных обращений. Так же актуальными проблемами являются *межличностные конфликты* (около 23,9%)

и *утрата чего-то очень значимого для человека* (это может быть как разрыв отношений с близким человеком, его измена или смерть, так и потеря собственного здоровья) (примерно 29,1%), а *также насилие в семье* (1,0%) и, как следствие, невыносимые условия для жизни (рис.1).



Рис. 1. - Причины обращений на «Телефон доверия».

Любая из этих проблем может появиться как на фоне формирования зависимого поведения человека – и тогда считается, что зависимое поведение имеет первичный характер, так и стать пусковым механизмом формирования зависимости – и тогда зависимое поведение имеет вторичный характер.

Не стоит говорить, что любая из проблем многократно усиливается, если человек склонен к употреблению алкоголя или наркотиков, и также может стать серьезным провокационным фактором для суицидоопасного поведения, особенно если употребление уже переросло в зависимость. Ведь чем больше степень опьянения человека (алкогольного или наркотического), тем меньше человек способен контролировать себя и свое поведение. Само употребление

алкоголя или наркотиков специалисты часто рассматривают как «медленное самоубийство» [4].

Опыт работы «Телефона доверия» с абонентами, имеющими наркологические расстройства.

Остановимся более подробно на обращениях абонентов, заявляющих наркологические проблемы. Все обращения, так или иначе связанные с наркологическими проблемами, *можно разделить на 4 большие группы:*

1 группа информационные звонки.

2 группа звонки от абонентов, находящихся в состоянии опьянения.

3 группа обращения абонентов, в связи с возникающей или уже возникшей у них зависимостью.

4 группа обращения родственников или близких людей, озабоченных зависимым поведением близких (обращения со-зависимых).

В зависимости от категории обращения применяется различная тактика взаимодействия с абонентом. Давайте рассмотрим их более подробно.

1 группа: Информационные звонки.

Информационная поддержка абонентов осуществляется, как правило, в трех направлениях:

- запрос информации о лечении зависимости

Предоставляется информация о тех подразделениях и специалистах наркологической службы Кузбасса, которые предоставляют пролонгированную помощь зависимым и со-зависимым людям (психиатр-нарколог, психотерапевт, психолог, группы со-зависимых);

- желание сообщить адреса наркопритонов и незаконной торговли алкоголем и наркотиками. Предоставляется информация, о соответствующих правоохранительных органах (в частности – «Телефон доверия» ГУ МВД России по Кемеровской области - Кузбассу (384-2) 58-00-58).

- информационная поддержка в случаях заявления третьими лицами о проблемах семейного насилия на почве сформировавшейся зависимости

знакомого, соседа или родственника. Если совершается насилие по отношению к ребенку, то при готовности абонента сообщить сведения о неблагополучной семье, полученная информация передается в Министерство социальной защиты населения Кемеровской области для проверки этих данных и дальнейшего принятия мер реагирования.

Чтобы было понятно, как выглядят подобные запросы, приведем пример: в адрес «Телефона доверия» поступил звонок от женщины, которая представилась тетей 10-летней девочки. Ребенок, со слов абонентки, подвергается постоянному физическому (абонентка предполагает, что и сексуальному) насилию со стороны отчима. Мать – злоупотребляет алкоголем, в алкогольном опьянении часто уходит из дома и пропадает на несколько дней. Девочка остается одна с отчимом, который к тому же имеет судимость по уголовной статье, связанной с сексуальным насилием. Это дает ему полную свободу для совершения насильственных действий по отношению к ребенку. Абонентка сообщила все необходимые сведения о девочке. Полученные данные медицинским психологом «Телефона доверия» переданы для проверки и принятия соответствующих мер в Министерство социальной защиты населения Кузбасса и в отдел организации деятельности подразделений по делам несовершеннолетних (УОДУУП и ПДН) ГУ МВД России по Кемеровской области - Кузбассу.

2 группа: Звонки от абонентов, находящихся в состоянии опьянения.

Лица, находящиеся в состоянии опьянении, часто демонстрируют агрессивность и пытаются манипулировать консультантом. В этой ситуации длительные рассуждения бесполезны, морализация не приносит результата и может только еще больше усилить агрессию [5].

Поэтому консультант разговаривает с абонентом до тех пор, пока у него не появится уверенность в том, что данный абонент находится в безопасности и постороннее вмешательство в ситуацию не требуется.

Здесь особенно важно, чтобы консультант не вступал с пьяным

абонентом в спор и не пытался ему что-либо доказать. Консультант должен всегда занимать безоценочную позицию, т.е. ни при каких обстоятельствах не высказывать пренебрежительное отношение к абоненту и не в чем его не обвиняет. Консультант предлагает абоненту ту помощь, которую консультант считает на данный момент времени наиболее необходимой. В ситуации отказа абонента от предложенной помощи и после того, как консультант убедится, что абоненту ничего не угрожает, разговор завершается.

3 группа: Обращения абонентов, в связи с формирующейся или сформировавшейся у них зависимостью, психологическое сопровождение зависимого человека на стадии ремиссии.

Цели и задачи: Формирование и укрепление мотивации на трезвый образ жизни и на обращение за профессиональной медицинской помощью.

Основные этапы работы:

1. Установление контакта и исследование ситуации.

Одна из особенностей телефонного консультирования состоит в том, что у абонента есть ощущение контроля за процессом разговора и в любой момент, когда посчитает нужным, он может положить трубку и тем самым прервать разговор [2].

Это очень привлекательно для абонентов с зависимым поведением, и, одновременно, делает начальную стадию разговора – одним из самых важных этапов в работе консультанта «Телефона доверия».

Если не будет установлен контакт, не будет и дальнейшей беседы с абонентом – он просто, как уже было сказано выше, закончит разговор, положив трубку.

Поэтому главный принцип консультанта – никогда не жалеть времени на создание доверительных отношений с абонентом [5]. Здесь очень важно постоянно поддерживать «обратную связь» с абонентом. Это даст возможность консультанту, в процессе своей работы, проверять правильность выбранной им тактики, и придает абоненту уверенность, что и он сам, и его проблемы, поняты

и оценены верно.[7]

Установлению контакта может способствовать обсуждение следующих тем:

1. *Увлечения и убеждения собеседника.* Они могут быть помощниками на сложном пути преодоления зависимости. У консультанта появится возможность узнать, каким образом они повлияли на формирование личности абонента. Что привнесли в его жизнь эти увлечения и почему они оказались заброшенными?

1. *Отношения в близком окружении абонента* (родными, друзьями, приятелями, коллегами);

2. При необходимости *обсуждаются отношения с родителями и проблемы внутри семьи*, выясняется есть ли конфликты и каковы их причины;

3. Очень важна информация о самых тяжелых событиях прошлой жизни абонента, а также как он реагировал на них. Особенно - наличие в анамнезе суицидоопасного поведения;

4. Часто абоненты охотно разговаривают на экзистенциальные темы, т.е. темы связанные со смыслом жизни, с принятием себя и т.д.). В этом случае можно поинтересоваться:

- каким он был до начала употребления алкоголя или наркотиков?

- как он относится к изменениям, произошедшими в себе, в семье и в жизни вообще?

- хотел бы он стать таким, как раньше?

- какие особенности его личности могли бы помочь ему справиться с зависимостью?

- что он приобретет, если откажется от болезни?

Когда консультант почувствует, что контакт установлен и разговор, что называется, «пошел», можно переходить к дальнейшей более глубокой работе.

2. *Исследование мыслей и чувств собеседника.* Данное исследование подразумевает необходимость добровольного признания ошибочности его

поведенческих реакций, а также анализ стиля жизни абонента. Стоит стимулировать абонента *проговорить* свои заблуждения и ошибки.

2.1. Следует уточнить запрос абонента, т.е. *прояснить, чего на самом деле он хочет?* Необходимо, чтобы абонент сам сформулировал запрос для консультации и свое настоящее желаниа работать с зависимостью или отсутствие такового. Чем для него является данное обращение – всего лишь заполнение времени пустым разговором или реальное желание что-то изменить в своей жизни?

2.2. Необходимо *прояснить, что он уже пробовал делать* (бросал сам, проходил лечение, просил помощи у близких людей и т.п.); в чем, по его мнению, причины отсутствия результата?

2.3. Можно предложить абоненту представить образ его болезни в виде метафоры. Например: *«Что для вас ваша зависимость? На что это похоже? Какие чувства она вызывает? Кем вы себя ощущаете в ней?»*. Полученная информация поможет психологу понять отношение абонента к существующей проблеме. [1]

3. Поиск ресурсов и систем поддержки. Они индивидуальны. Это могут быть родственники, друзья, любимый человек, воля, характер, желание сохранить семью и т.д. Консультанту необходимо поощрять абонента к размышлению и началу поиска таких систем поддержки, которые существуют, но ранее никогда не использовались зависимым человеком. Поиск ведется, опираясь на ранее определенный разговора круг интересов абонента и значимых для него людей. Работа должна быть направлена на возникновение у абонента осознания того, что помощь действительно существует. [4]

4. Закрепление мотивации на лечение. В идеале, результатом предыдущих этапов работы является готовность абонента к изменениям в своей жизни, опираясь на внутренние и внешние ресурсы, которые имеются у абонента. Появившаяся готовность может быть мощным стимулом для начала поступательного движения в сторону изменений.

4.1. Следует подвигнуть собеседника на восстановление прерванных или обновление уже существующих отношений со значимым для него окружением.

4.2. Очень важно оказать информационную поддержку абоненту в готовности обратиться за врачебной и психологической помощью, сообщив максимально полную информацию о возможности получения такой помощи.

В процессе консультации психологу необходимо максимально концентрироваться на беседе. *Обязательно* должны использоваться приемы активного слушания, задаваться косвенные вопросы для прояснения истинной проблемы абонента (т.к. зависимые часто лгут и дают искаженную информацию). [2]

Очень важно помнить, что не следует «ловить» абонента на вранье, нужно отказаться от вопросов «в лоб» (чаще всего, это его мощная психологическая защита). Необходимо постараться понять причины их закрытости и лживости, понять от чего таким образом абонент защищается.

В самом начале упоминалось, и хочется напомнить еще раз о том, что зависимое поведение человека может носить как *первичный характер* (т.е. быть причиной всех имеющихся на данный момент проблем), так и *вторичный* (т.е. быть следствием существующих проблем). От этого зависит направленность и порядок работы с зависимым человеком. Он приведен достаточно условно. Его этапы могут меняться местами, взаимопроникать друг в друга и иметь «размытые» границы. В процессе беседы могут возникать совсем другие, чем в самом начале консультации, приоритеты в последовательности работы с проблемами, озвученными абонентом.

Кроме того, стратегия работы консультанта выстраивается, опираясь на то, на какой стадии лечения зависимости находится абонент. Если человек, успешно прошел активное лечение и на момент обращения находится в стадии ремиссии, то такими абонентами «Телефон доверия» часто рассматривается как психологическая служба, которая сопровождает его на пути освобождения от зависимости.

Так, например, длительное время нам звонит абонент из небольшого города области, прошедший лечение в наркологическом стационаре, реабилитацию в отделении медицинской реабилитации, какое-то время посещавший группу сообщества «Анонимные наркоманы» по месту жительства (решив, что это не для него, оставил группу). Он звонит в моменты появления влечения к употреблению наркотических средств, в стрессовых ситуациях, когда из-за «минутной слабости» боится «сорваться». Если изначально звонки от него поступали с заметной регулярностью (1-2 раза в неделю), то на данный момент – не чаще 1 раза в 3-4 месяца, из чего можно сделать вывод, что ремиссия у абонента становится более устойчивой.

4 группа: Обращения со-зависимых.

Часто употребление алкоголя или наркотиков становится проблемой не самого зависимого, а его близких людей. В такой ситуации *абонент должен понимать, что нужно четко отделить свои проблемы от проблем зависимого человека.*

Однако, как бы это странно не звучало, но именно родные люди создают условия для развития зависимости у их близкого человека, присваивая его проблемы себе, и, считая именно себя ответственными за решение этих проблем [3]. Поэтому, родственники, которые обращаются на «телефон доверия», часто возражают: «Вы что предлагаете мне смотреть, как мой ребёнок умирает?!». Такая позиция – это «шаг к пропасти».

Поведение родственников должно быть выстроено таким образом, чтобы зависимому человеку было понятно: «Если употребляешь наркотики (алкоголь и т.д.), значит сам и отвечай за это! Если будет необходимо – мы тебе поможем, но вместо тебя решать твои проблемы не будем!». Именно поэтому, когда за помощью на «телефон доверия» обращается со-зависимый человек, то основными *целями и задачами в работе консультанта являются: разделение проблем со-зависимого и зависимого человека; мотивация для дальнейшей работы над собственной проблемой в группе со-зависимых.*

Основные этапы работы:

1. Также как и в предыдущей группе важным является «установить контакт с абонентом».

2. *Исследование ситуации.* Оно должно быть тактичным и опосредованным, т.к. прямое вмешательство, как правило, вызывает реакцию протеста, и абонент может прервать разговор. Это потому, что со-зависимые часто боятся признаться даже самому себе, и уж тем более окружающим, в наличии наркологических проблем в их семье. Поэтому для таких абонентов нужно формулировать вопросы, используя связь со временем, аккуратно подводя со-зависимого к осознанию того, что существует причинно-следственная связь между употреблением ПАВ близким для абонента человеком и проблемами самого абонента (как следствием этой зависимости).

3. *Разделение проблем абонента и проблем зависимого человека.* Необходимо, чтобы со-зависимый осознал, кто и какую ответственность за происходящее принимает на себя.

3.1. Необходимо выслушать абонента и помочь ему сформулировать *его собственную проблему.* Для этого можно использовать следующие вопросы:

- «что заставило именно Вас обратиться за помощью?»
- «почему именно Вы беспокоитесь об этом?»
- «чем Вы хотите помочь?»
- «Чем я могу Вам помочь?»

3.2. Определить *тип отношений* абонента и зависимого:

- близкие семейные (мать, отец, супруг(а), дети);
- родственные (дядя, тетя, племянник, племянница и т.д.);
- родственники жены, мужа, отчим, приемные дети;
- дружеские (друг, подруга, любимый человек).

3.3. В процессе работы со-зависимый может посчитать себя предателем по отношению к близкому человеку. Необходимо выстроить разговор так, чтобы «разбить» данное убеждение. Обязательно нужно объяснить, что помощь

иногда бывает болезненной. Пройдя через эти сложные эмоциональные переживания, зависимый и тот, кто о нем заботится, приобретут новые возможности для преодоления общей проблемы.

3.4. Нужно помочь со-зависимому сформулировать, *что* его сильнее всего *тревожит*. Например, можно задать следующие вопросы:

- *«есть ощущение, что Вы переживаете, что он(она) деградирует, как личность?»;*

- *«я правильно понимаю, что, когда муж становится агрессивным в алкогольном опьянении, Вы боитесь за себя и за детей?»;*

- *«у Вас вызывают тревогу постоянные вечеринки и чужие люди, которых он приводит в дом?».*

3.5. Необходимо обязательно обратить внимание на «комплекс спасателя» у абонента. О признаках его наличия говорят, например, следующие выражения – «Я спасу его своей любовью», «Я буду с ним (с ней), несмотря ни на что, и помогу...». Имеет смысл показать абоненту, что, таким образом «спасая» наркомана (алкоголика), он может утонуть сам [3].

3.6. Очень осторожно нужно «нарисовать» *реальную личность* зависимого человека. Необходимо показать не тот, с налетом романтики, прошлый образ человека, не сегодняшней «ужасный» портрет человека, как результат наблюдений за алкоголиком (наркоманом), и уж, конечно, не идеализированный образ человека, возникший в следствии чувства вины перед ним, а объективный образ личности.

3.7. Важно выяснить, какая особенность стиля жизни семьи привела к появлению зависимости у одного (а может быть и не одного) члена семьи. Следует напомнить, что семья – единый организм, где все на всех влияют. Появление зависимого человека в семье – это сигнал о том, что в структуре семьи, во взаимодействии между ее членами что-то не так [6]. Необходимо прояснить общую семейную обстановку:

- *какой брак по счету, кто входит в состав семьи, родительские*

семейные сценарии;

- какое место занимает зависимый человек в семье, в семейных микрогруппах, каковы роли у каждого из членов семьи, стили семейного воспитания, эмоциональная обстановка в семье;

- наличие психотравмирующих ситуаций, которые могли способствовать появлению зависимости (смерть близких людей, развод, болезни, конфликты и другие психологические травмы);

- личностные особенности членов семьи.

3.8. Если ситуация зависимости длится долго, то нужно обсудить действия со-зависимого, которые он уже предпринимал. Выяснить на сколько они были успешными, в чем причины того, что предпринятые попытки не дали результата:

- не были рассчитаны собственные ресурсы, не хватило сил;

- поставленные цели оказались нереальными;

- осуществлению попытки помешали внешние причины;

- сделана ошибка в выборе способа - он не соответствовал личностным особенностям зависимого человека;

- отсутствие зависимого человека что-либо менять и т.д.

3.9. При нежелании абонента говорить конструктивно, нужно *отразить его эмоции* и попросить сформулировать запрос еще раз.

3.10. Прояснить, что абонент может сделать в данной ситуации, помочь со-зависимому абоненту *построить план его действий*.

4. *Поощрение со-зависимого человека на продолжение работы в очном режиме.* Абоненту дается информация о тех подразделениях и специалистах, которые предоставляют пролонгированную помощь со-зависимым (нарколог, психотерапевт, психолог, группа со-зависимых).

5. Если абонент не готов к работе с проблемой – манипулирует консультантом и/или отказывается от конструктивного разговора, перекладывая ответственность на него, то рекомендуется корректно завершить

разговор.

Завершая консультацию, психологу «телефона доверия» важно определить степень эффективности проделанной им работы. Для этого консультант просит абонента озвучить изменения своего эмоционального состояния, определить наличие приемлемых для него вариантов выхода как из сложившейся на данный момент ситуации, так и перспективных. Кроме того, обсудить то, на сколько готов собеседник к дальнейшей работе с проблемой [2].

Однако существует и такое понятие, как «отсроченная» эффективность, когда истинное осознание абонентом важности проблемы и той работы, которая была проделана психологом во время консультации, приходит не сразу, а по прошествии определенного времени.

В качестве примера можно привести звонок от мужчины, сын которого длительное время употребляет наркотики. Попытка конструктивной беседы с ним и анализа сложившейся ситуации завершилась со стороны абонента на агрессивной ноте с обвинениями в «абсолютном непонимании его проблемы». Однако, через месяц от мужчины поступил повторный звонок с благодарностью за помощь со словами, что он «только сейчас понял, о чем с ним говорил психолог месяц назад».

Такую эффективность работы с со-зависимыми абонентами отследить крайне сложно, так как очень малое количество абонентов по истечении времени выдает обратную связь консультанту «телефона доверия» на проделанную ранее работу.

Заключение. Подводя итоги всему вышеизложенному, хочется еще раз сказать о том, что в построении эффективного разговора с зависимым человеком, огромное значение имеет умение изначально простроить контакт с ним.

Очень важно в процессе взаимодействия с такими людьми общаться с ними доброжелательно, терпеливо, тактично и безоценочно. Демонстрируя при этом свою заинтересованность, и готовность помочь. Именно подобный

настрой специалиста, может служить для таких пациентов дополнительной мерой профилактики от досрочного прерывания курса лечения зависимости или преждевременного «срыва».

Выражаем надежду, что наш опыт работы с зависимыми людьми и их родственниками, которым мы поделились в данной публикации, будет полезен специалистам, работающим в этом направлении.

Литература/ References:

1. Вагин И.О., Мамонтов С.Ю. Практика эффективного поведения. СПб.: Питер, 2001.

2. Детский Телефон доверия, работающий под единым общероссийским номером 8 800 2000 122. Нормативные и методические материалы: в 3 т., Т.2. М.: Смысл, 2011.

3. Емельянова Е.В. Кризис в со-зависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. СПб.: Речь, 2004.

4. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М.: Эксмо, 2008.

5. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. М.: Смысл, 1999.

6. Рыбалкина К.Н., Тихонова М.В. Социально психологические аспекты коррекционно-реабилитационной работы с детьми, ставшими жертвами родительского алкоголизма// Экстренная психологическая помощь в трудных жизненных ситуациях: материалы IV Международной научно-практической конференции «Телефонов доверия» 2-4 сентября 2009 г. /сост. Гончарова Л.Г., Елдышова О.А. Астрахань: Агентство по делам молодежи Астраханской области, 2009. С. 176-180.

7. Скавинская Е.Н. Алгоритмы психологического консультирования в рамках Телефона доверия: учебное пособие. Томск : Томский государственный университет, 2012.

ПСИХОВИЗУАЛИЗАЦИЯ КАК НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ИЗУЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР

Богданов Я. В.

*ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. Психовизуализация - это перспективное междисциплинарное направление, объединяющее методы нейровизуализации, анализа биометрических данных и искусственного интеллекта (ИИ) для визуальной реконструкции и декодирования внутреннего психического содержания человека. Данный нарративный обзор посвящен анализу современного состояния и перспектив развития методов психовизуализации с использованием ИИ в контексте психиатрической практики. В работе рассматриваются различные подходы к психовизуализации, включая анализ данных электроэнцефалографии (ЭЭГ), электрокардиографии (ЭКГ), функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) и других биометрических показателей. Особое внимание уделяется методам машинного обучения и глубоких нейронных сетей для распознавания эмоций, психических состояний и реконструкции визуальных образов. Обзор показывает значительный прогресс в области распознавания эмоций и психических состояний на основе различных биометрических данных. Достигнуты впечатляющие результаты в реконструкции визуальных образов из данных фМРТ, что открывает новые возможности для понимания процессов восприятия и воображения.

Мультимодальные подходы, объединяющие различные источники данных, демонстрируют повышенную точность в оценке эмоционального и психического состояния. Однако внедрение методов психовизуализации в клиническую практику сопряжено с рядом технических, методологических и этических проблем. Ключевые вызовы включают интерпретацию сложных данных, учет индивидуальных различий, обеспечение конфиденциальности и

разработку этических норм использования этих технологий. Несмотря на эти вызовы, потенциальные преимущества психовизуализации огромны. Она может значительно повысить точность диагностики психических расстройств, обеспечить более глубокое понимание механизмов психических процессов и открыть новые возможности для персонализированной терапии. В заключение обзора определяются ключевые направления дальнейших исследований, включая разработку более точных и надежных моделей ИИ, создание методов объяснимого ИИ, изучение долгосрочных эффектов применения психовизуализации и интеграцию этих методов в существующие протоколы диагностики и лечения. Подчеркивается необходимость междисциплинарного подхода и тесного сотрудничества специалистов в области психиатрии, нейронаук, информатики и этики для дальнейшего развития этого перспективного направления.

Ключевые слова: «искусственный интеллект в психиатрии», «нейронные сети в психиатрии», «компьютерное зрение в психиатрии», «психовизуализация в психиатрии с использованием машинного обучения», «распознавание эмоций с помощью искусственного интеллекта», «диагностика психических расстройств с использованием машинного обучения», «персонализированная психиатрия с использованием искусственного интеллекта».

Введение. Актуальность исследования методов психовизуализации с использованием ИИ обусловлена несколькими важными факторами:

1. Распространенность психических расстройств во всем мире, что создает огромную нагрузку на системы здравоохранения и общество в целом. Разработка новых методов диагностики и лечения становится критически важной задачей.

2. Ограничения традиционных методов диагностики: существующие методы диагностики психических расстройств часто субъективны. Объективные методы оценки психического состояния крайне необходимы для

повышения точности и эффективности диагностики.

3. Потребность в персонализированной медицине: современная психиатрия стремится к более индивидуализированному подходу в лечении. Психовизуализация может предоставить уникальные данные о психических процессах конкретного пациента, что позволит разрабатывать более эффективные персонализированные стратегии терапии.

4. Прогресс в области ИИ и нейровизуализации: быстрое развитие технологий ИИ, машинного обучения и методов нейровизуализации открывает новые возможности для анализа и интерпретации сложных данных о работе мозга и психических процессах.

5. Потенциал для фундаментальных открытий: психовизуализация может помочь в углублении нашего понимания механизмов работы психики и мозга, что может привести к революционным открытиям в области нейронаук и психологии.

6. Социально-экономический аспект: психические расстройства связаны с огромными экономическими затратами для общества. Разработка более эффективных методов диагностики и лечения может значительно снизить эти затраты и улучшить качество жизни миллионов людей.

7. Этические вызовы: развитие технологий психовизуализации поднимает важные этические вопросы, связанные с приватностью и конфиденциальностью личных данных. Исследования в этой области необходимы для разработки этических норм и правовых рамок использования этих технологий. Таким образом, исследование методов психовизуализации с использованием ИИ представляется крайне актуальным и перспективным направлением, способным существенно повлиять на развитие психиатрии, психологии и нейронаук в целом.

Цель исследования: провести комплексный анализ современных методов психовизуализации с использованием ИИ, оценить их потенциал для диагностики и лечения психических расстройств, а также выявить ключевые

направления дальнейших исследований в этой области.

Задачи исследования:

1. Систематизировать и обобщить существующие подходы к психовизуализации с применением ИИ, включая методы анализа ЭЭГ, ЭКГ, фМРТ и других биометрических данных.

2. Проанализировать эффективность различных алгоритмов машинного обучения и глубоких нейронных сетей для распознавания эмоций и психических состояний на основе биометрических данных.

3. Оценить текущие возможности и ограничения методов реконструкции визуальных образов и психического содержания на основе данных нейровизуализации.

4. Исследовать потенциал мультимодальных подходов, объединяющих различные источники данных, для повышения точности психовизуализации.

5. Выявить основные технические, методологические и этические проблемы, связанные с применением методов психовизуализации в клинической практике.

6. Рассмотреть перспективы интеграции методов психовизуализации в существующие протоколы диагностики и лечения психических расстройств.

7. Оценить потенциал психовизуализации для развития персонализированной медицины в психиатрии.

8. Определить ключевые направления дальнейших исследований в области психовизуализации, которые могут привести к значительному прогрессу в понимании и лечении психических расстройств.

9. Сформулировать рекомендации по развитию междисциплинарного сотрудничества между специалистами в области психиатрии, нейронаук, информатики и этики для продвижения исследований в сфере психовизуализации.

Материал и методы: поиск русскоязычных источников произведен: электронный каталог ГБУЗ КНМБ на основе автоматизированной

информационно-библиотечной системы «ИРБИС», база данных Центральной научной медицинской библиотеки Сеченовского университета «Медицинские журналы и статьи» (RusMed) на базе платформы «Российская медицина», научная электронная библиотека eLIBRARY.RU, научная электронная библиотека КиберЛенинка. Поиск иностранных источников был произведен: PubMed, Springer Nature, Wiley Online Library.

Поисковые запросы формировались комбинацией ключевых слов: «искусственный интеллект в психиатрии», «нейронные сети в психиатрии», «компьютерное зрение в психиатрии», «психовизуализация в психиатрии с использованием машинного обучения», «распознавание эмоций с помощью искусственного интеллекта», «диагностика психических расстройств с использованием машинного обучения», «персонализированная психиатрия с использованием искусственного интеллекта», «риски использования ИИ в психиатрии», «этические вопросы использования искусственного интеллекта в психиатрии», «конфиденциальность данных при использовании искусственного интеллекта в психиатрии», «диагностика психических расстройств с использованием искусственного интеллекта в психиатрии», «персонализированная терапия с использованием машинного обучения в психиатрии», «neural network в психиатрии», «machine learning в психиатрии», «deep learning в психиатрии», «artificial intelligence в психиатрии», «распознавание эмоций с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии», «распознавание эмоций с помощью ЭЭГ», «распознавание эмоций с помощью ЭКГ».

В обзор включены оригинальные работы, опубликованные с 2016 по 2024 годы. Для обобщения полученных данных использовался описательный анализ.

Результаты. По результатам поиска в обзор включены 44 работы. Проанализирована информация о текущем состоянии достижений и представлений по вопросам применения ИИ в визуализации психических

процессов.

По мнению автора обзора под «психовизуализацией» можно понимать междисциплинарный подход, объединяющий методы нейровизуализации, регистрации биометрических данных, ИИ и анализа психических процессов для визуальной реконструкции и декодирования (раскрытия) внутреннего психического содержания человека, перевода его в визуальную форму. Понятие «психовизуализация» позволяет объединить и систематизировать разрозненные исследования в этой области, подчеркивая их общую цель - декодирование и визуальную репрезентацию внутренних психических процессов человека. Термин отражает роль методов ИИ (компьютерного зрения, нейросетей) в реализации этих задач.

Психовизуализация - перспективное и актуальное направление на стыке нейронаук, психологии, психиатрии и информатики, открывающее новые возможности в понимании, диагностике и визуализации психических функций, что может иметь большое прикладное значение в психиатрии.

Современные возможности визуализации представлений и восприятия. Использование предсказания на основе нейровизуализации и МО становится все более распространенным в психиатрических исследованиях [34, 44]. Успешные исследования в области декодирования зрительного восприятия из данных фМРТ включают модель SC-GAN для реконструкции естественных изображений [15], а также структуру глубокого обучения с использованием свёрточного автокодировщика, LSTM и C-PG-GAN [16]. Модели реконструируют изображения, воспроизводящие семантические категории и текстурные характеристики зрительных стимулов. Другие исследования изучали нейронные представления эмоциональных выражений лица и тела. Использование многомерного анализа паттернов функциональной связности позволило успешно декодировать как лицевые, так и телесные эмоциональные выражения [22, 23].

Выявлена вовлеченность распределенных сетей в обоих полушариях,

включая области от первичной зрительной коры до более высоких уровней, в обработку эмоциональной информации. Есть обзоры методов глубокого обучения для реконструкции изображений из фМРТ-данных [30, 32]. Эти методы, основанные на иерархических нейронных представлениях, показывают многообещающие результаты в визуализации восприятия. Однако отмечаются проблемы, связанные с необходимостью больших объемов данных, сложностью интерпретации и этическими вопросами [9]. Перспективным является применение методов самообучения для реконструкции изображений и крупномасштабной семантической классификации по фМРТ-данным [11]. Эти подходы демонстрируют беспрецедентные возможности в задачах, ранее ограниченных размером и разнообразием данных. Кроме того, исследования показывают, что иерархические визуальные представления могут быть переданы между людьми с использованием функционального выравнивания, что позволяет выполнять межиндивидуальную реконструкцию изображений [14].

Shen G. Et al., [31] представили новый метод восстановления изображений из активности мозга человека с использованием глубокого обучения, он отличается от сложившихся методов восстановления изображений из фМРТ, которые обычно используют предобученные модели и фокусируются на декодировании отдельных визуальных признаков. Авторы предложили обучать глубокую нейронную сеть непосредственно на парах данных «активность мозга - соответствующее изображение». Они построили генеративно-состязательную сеть, которая была обучена на данных, состоящих из натуральных изображений и соответствующих ответов активности мозга.

Авторы протестировали модель на новых, неиспользованных данных и показали, что она успешно реконструирует изображения, основываясь только на паттернах активности мозга. Точность реконструкций улучшалась по мере увеличения объема обучающих данных. Наконец, глубокие нейронные сети применяются для прогнозирования эмоциональных реакций человека по

данным фМРТ [19, 20, 24]. Эти модели способны успешно классифицировать базовые эмоции, используя паттерны функциональной коннективности в распределенных сетях мозга. Эти исследования демонстрируют значительный прогресс в использовании ИИ и нейровизуализации для расшифровки и реконструкции психических процессов, включая зрительное восприятие, эмоциональные реакции и «ментальную визуализацию» [43], что может иметь очень большое значение для клинической психиатрии.

Распознавание эмоций с использованием биометрических данных и методов машинного обучения. Благодаря развитию ИИ, наблюдается значительный прогресс в автоматическом распознавании эмоций. У психиатров растет интерес к объективным методам оценки эмоционального состояния, выходящим за рамки субъективных отчетов. Есть исследования, посвященные распознаванию эмоций по речи. Chernykh et al. [5] предлагают алгоритм распознавания эмоций из речевого аудио с использованием рекуррентных нейронных сетей (RNN). Подход учитывает нейтральные фрагменты в эмоциональной речи, предсказывает последовательность эмоций в высказывании. Авторы заявляют об эффективности модели. Другие исследования посвящены распознаванию эмоций по изображению. Washington et al. [37] исследуют обучение моделей компьютерного зрения для распознавания эмоций по изображениям лиц. Они предлагают использовать «мягкие» вероятностные метки, полученные через краудсорсинг, для учета субъективности восприятия эмоций. Модели, обученные на «мягких» метках, лучше отражают реальное распределение мнений людей. Cîrneanu A.L. и соавторы [7] рассматривают новейшие разработки в области распознавания эмоций по лицевым выражениям с применением глубоких сверточных нейронных сетей. Pise et al. [29] рассматривают методы распознавания выражений лица (FER) с использованием глубокого обучения. Авторы выделяют два основных типа признаков: на основе положения органов лица и текстуры кожи, а также геометрические признаки, основанные на ключевых

точках и движениях лица. Работа подчеркивает потенциал FER для обеспечения эффективного общения человека и машины. Даже общедоступные большие языковые модели (генеративный ИИ) пытаются использовать для распознавания эмоций. Elyoseph et al. [10] оценивают способность генеративных моделей ИИ (GPT- 4, Google Bard), интерпретировать эмоции по визуальным и текстовым данным. GPT-4 «демонстрирует выдающиеся результаты» в распознавании эмоций по изображениям, сопоставимые с человеческими, в то время как Bard отстает в этой области. Оба ИИ «демонстрируют превосходные способности» в интерпретации эмоций по тексту. Не могли обойти исследователи такой распространённый биометрический метод как ЭЭГ для распознавания эмоций [2, 6, 17, 25, 28, 38, 41, 42].

Внедряются различные методы извлечения признаков и классификации для определения эмоционального состояния на основе ЭЭГ. Предлагаются гибридные модели, такие как FCAN-XGBoost [42], демонстрирующие высокую точность и эффективность. Cai J. и соавторы [3] обобщают применение МО с использованием ЭЭГ для распознавания эмоций. Авторы рассматривают основные этапы такого подхода: получение сигналов ЭЭГ, предобработка, извлечение эмоционально-значимых признаков и классификация эмоций с использованием различных алгоритмов машинного обучения. Другие исследования сосредоточены на применении методов глубокого обучения для распознавания эмоций по ЭЭГ. Jafari M. и соавторы [17] рассматривают различные подходы с использованием глубоких нейронных сетей, отмечая их способность автоматически извлекать информативные признаки из сигналов ЭЭГ. Аналогичный обзор представлен в работе [25] Liu H. и др., где описываются общие этапы алгоритма распознавания эмоций по ЭЭГ и оцениваются существующие методы. Ряд работ предлагает новые подходы к распознаванию эмоций на основе ЭЭГ.

Например, в статье [38] Xia Y. и Liu Y. описывают модель, учитывающую

индивидуальные различия пользователей, что позволяет повысить точность распознавания эмоций до 96,43% для бинарной классификации и 98,92% в сценариях с большими индивидуальными различиями. Zong J. и соавторы в работе [42] представили гибридную модель FCAN-XGBoost, достигающую точности 95,26% и 94,05% в разных наборах данных. Jung et al. [18] предлагают структуру МО для классификации эмоций, вызванных взаимодействием с виртуальной реальностью (VR). Используя ЭЭГ, они выявили различия в активности мозга при разных эмоциональных состояниях, таких как низкое возбуждение, высокое возбуждение и социальная тревожность. Их результаты подтверждают потенциал ЭЭГ для объективной оценки эмоционального состояния и могут быть полезны для исследований ПР, таких как ПТСР, ОКР и СДВГ. Yuvaraj et al. [40] сравнивают эффективность различных методов извлечения признаков из ЭЭГ для распознавания эмоций.

Исследование показало, что «признаки фрактальной размерности, отражающие сложность сигнала ЭЭГ», являются наиболее информативными для различения валентности (положительная/отрицательная) и возбуждения (высокое/низкое). Отмечается связь между более высокой валентностью и возбуждением и меньшей фрактальной сложностью в лобных областях мозга. Taran and Bajaj [33] предлагают новый метод фильтрации ЭЭГ-сигналов для распознавания эмоций, основанный на двухэтапной обработке. Метод позволяет очистить сигнал от шума и выделить информативные признаки для классификации эмоций с помощью «машины опорных векторов». Авторы отчитываются о высокой точности распознавания эмоций, таких как счастье, страх, грусть и спокойствие. Даже ЭКГ находит своё место для оценки эмоционального состояния. Исследования [1, 4, 12, 13, 36] анализируют возможность использования ЭКГ для распознавания эмоций на основе вариабельности сердечного ритма (BCP). Предлагаются различные методы извлечения признаков и классификации, подчеркивается потенциал ЭКГ-систем в связи с доступностью носимых устройств. Vazquez-Rodriguez et al. [35]

предлагают подход к распознаванию эмоций, используя ЭКГ и модель Transformer.

Авторы обосновывают выбор ЭКГ как источника данных, подчеркивая ее способность отражать изменения в активности вегетативной нервной системы, связанные с эмоциональными состояниями. Исследования [21, 39] рассматривают использование других физиологических сигналов, таких как мимика лица и сердечные тоны, для распознавания эмоций. Claret et al. [8] проводят систематический обзор литературы, посвященный автоматической классификации эмоций на основе сердечных тонов. Ими анализируется 27 исследований, посвященных использованию сердечных сигналов, полученных с помощью недорогих и носимых устройств, для распознавания эмоций. Работа подтверждает потенциал сердечных сигналов для распознавания эмоций, подчеркивает важность разработки доступных и ненавязчивых методов сбора данных.

Ряд исследований посвящен распознаванию эмоций по интегрированным физиологическим сигналам, таким как электрокардиограмма (ЭКГ) и электроэнцефалограмма (ЭЭГ) с использованием мультимодального подхода. В работе [4] Chen Y.C. и соавторы показали, что с помощью искусственных нейронных сетей можно достичь точности более 75% в классификации четырех эмоций (удовольствие, счастье, страх, гнев) на основе данных вариабельности сердечного ритма, полученных с использованием браслета.

В статье [26] Marín-Morales J. и др. разработали систему распознавания эмоций, использующую ЭЭГ и ЭКГ, которая достигает точности 75% для классификации уровней возбуждения и 71% для классификации валентности. Liang et al. [22] исследуют нейронные представления для распознавания эмоций по лицевым и телесным выражениям с использованием фМРТ и многомерного анализа паттернов. Существующие исследования демонстрируют впечатляющий прогресс в разработке систем распознавания эмоций с использованием ИИ. Мультимодальные подходы, объединяющие данные из

различных источников позволяют повысить точность распознавания и учесть субъективность восприятия эмоций, как отмечают Monteith et al. [84].

Важно обеспечить конфиденциальность данных и защиту от дискриминации при использовании «Emotion AI», особенно для людей с психическими заболеваниями, необходимо участие психиатров в регулировании этих технологий [27]. Существуют ограничения каждого подхода. Например, ЭЭГ-сигналы могут быть подвержены артефактам и индивидуальным различиям, а распознавание эмоций по лицу может быть затруднено при наличии препятствий или выраженной индивидуальной вариабельности [27].

Обсуждение. Развитие методов психовизуализации открывает новые горизонты в изучении и понимании психических процессов. Подобно тому, как нейровизуализация произвела революцию в неврологии, психовизуализация может стать переломным моментом в психиатрии и психологии. Однако, внедрение этих технологий сопряжено с рядом вызовов и ограничений, которые необходимо учитывать:

1. Интерпретация данных: в отличие, к примеру, от полиграфического исследования, где интерпретатором является исследователь, в психовизуализации ключевую роль играют модели ИИ. Это создает проблему «черного ящика», когда процесс принятия решений ИИ не всегда понятен и объясним.

Разработка методов объяснимого ИИ (Explainable AI) является критически важной задачей для повышения доверия к результатам психовизуализации.

2. Этические вопросы: возможность «заглянуть» в мысли и чувства человека поднимает серьезные этические вопросы о приватности и конфиденциальности. Необходимо разработать строгие этические нормы и правовые рамки для использования технологий психовизуализации.

3. Индивидуальные различия: психические процессы характеризуются

высокой степенью индивидуальной вариабельности. Создание универсальных моделей психовизуализации, учитывающих эти различия, представляет собой сложную задачу.

4. Комплексность психических процессов: психика человека - чрезвычайно сложная система. Существует риск чрезмерного упрощения при попытке визуализировать психические процессы, что может привести к неверным интерпретациям.

5. Интеграция с клинической практикой: внедрение методов психовизуализации в повседневную клиническую практику потребует значительных усилий по обучению специалистов и адаптации существующих протоколов диагностики и лечения.

6. Технологические ограничения: современные методы психовизуализации часто требуют сложного и дорогостоящего оборудования, что ограничивает их широкое применение.

Несмотря на эти вызовы, потенциальные преимущества психовизуализации огромны. Она может значительно повысить точность диагностики психических расстройств, обеспечить более глубокое понимание механизмов психических процессов и открыть новые возможности для персонализированной терапии. Однако важно помнить, что психовизуализация, как и нейровизуализация в неврологии, не может полностью заменить клиническую оценку и традиционные методы в психиатрии и психологии. Скорее, она должна рассматриваться как мощный дополнительный инструмент, расширяющий возможности специалистов.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на решение проблемы интерпретации данных, разработку более точных и надежных моделей ИИ, а также на изучение долгосрочных последствий применения методов психовизуализации. Особое внимание следует уделить этическим аспектам и разработке руководств по ответственному использованию этих технологий.

Заключение. Психовизуализация представляет собой перспективное направление на стыке нейронаук, психологии, психиатрии и информатики. Объединяя методы нейровизуализации, анализа биометрических данных и ИИ, она открывает беспрецедентные возможности для визуальной реконструкции и декодирования внутреннего психического содержания человека. Проведенный обзор литературы показывает значительный прогресс в области распознавания эмоций, реконструкции визуальных образов и анализа психических состояний с использованием различных биометрических данных (ЭЭГ, ЭКГ, анализ лицевой экспрессии) и методов машинного обучения. Достигнутые результаты демонстрируют потенциал психовизуализации для революционных изменений в понимании и лечении психических расстройств. Однако внедрение методов психовизуализации сопряжено с рядом технических, этических и практических проблем, требующих дальнейшего изучения и решения.

Ключевыми направлениями будущих исследований должны стать: разработка более точных и надежных моделей ИИ для интерпретации психофизиологических данных; создание методов объяснимого ИИ для повышения доверия к результатам психовизуализации; изучение долгосрочных эффектов применения методов психовизуализации в клинической практике; разработка этических норм и правовых рамок для использования технологий психовизуализации; интеграция методов психовизуализации в существующих протоколов диагностики и лечения психических расстройств; изучение возможностей применения психовизуализации для персонализированной терапии и профилактики психических заболеваний. Дальнейшие междисциплинарные исследования в этой области имеют потенциал для существенного прогресса в науках о психическом здоровье и могут привести к значительному улучшению качества жизни людей с психическими расстройствами.

Благодарности: исследование проведено без спонсорской поддержки. Автор выражает благодарность заведующей научным отделом Кузбасской

областной научной медицинской библиотеки Карасёвой Юлии Сергеевне за помощь в поиске источников и подготовке списка литературы.

Литература/ References:

1. Alam A, Urooj S, Ansari AQ. Design and Development of a Non-Contact ECG-Based Human Emotion Recognition System Using SVM and RF Classifiers. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(12):2097. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13122097>
2. Algarni M, Saeed F, Al-Hadhrani T, Ghabban F, Al-Sarem M. Deep Learning-Based Approach for Emotion Recognition Using Electroencephalography (EEG) Signals Using Bi-Directional Long Short-Term Memory (Bi-LSTM). *Sensors (Basel)*. 2022;22(8):2976. <https://doi.org/10.3390/s22082976>
3. Cai J, Xiao R, Cui W, Zhang S, Liu G. Application of Electroencephalography-Based Machine Learning in Emotion Recognition: A Review. *Front Syst Neurosci*. 2021;15:729707. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2021.729707>
4. Chen B, Jiao Z, Shen T, Fan R, Chen Y, Xu Z. Early antidepressant treatment response prediction in major depression using clinical and TPH2 DNA methylation features based on machine learning approaches. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):299. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04791-z>
5. Chernykh V, Sterling G, Prihodko P. Emotion Recognition From Speech With Recurrent Neural Networks. *arXiv:1701.08071v1 [cs.CL]*. 2017. <https://doi.org/10.48550/arXiv.1701.08071>
6. Cimtay Y, Ekmekcioglu E. Investigating the Use of Pretrained Convolutional Neural Network on Cross-Subject and Cross-Dataset EEG Emotion Recognition. *Sensors (Basel)*. 2020;20(7):2034. <https://doi.org/10.3390/s20072034>
7. Cîrmeanu AL, Popescu D, Iordache D. New Trends in Emotion Recognition Using Image Analysis by Neural Networks, A Systematic Review. *Sensors (Basel)*. 2023;23(16):7092. <https://doi.org/10.3390/s23167092>
8. Claret AF, Casali KR, Cunha TS, Moraes MC. Automatic Classification of Emotions Based on Cardiac Signals: A Systematic Literature Review. *Ann Biomed*

Eng. 2023;51(11):2393-2414. <https://doi.org/10.1007/s10439-023-03341-8>

9. Eitel F, Schulz MA, Seiler M, Walter H, Ritter K. Promises and pitfalls of deep neural networks in neuroimaging-based psychiatric research. *Exp Neurol.* 2021;339:113608. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2021.113608>

10. Elyoseph Z, Refoua E, Asraf K, Lvovsky M, Shimoni Y, Hadar-Shoval D. Capacity of Generative AI to Interpret Human Emotions From Visual and Textual Data: Pilot Evaluation Study. *JMIR Ment Health.* 2024;11:e54369. <https://doi.org/10.2196/54369>

11. Gaziv G, Beliy R, Granot N, Hoogi A, Strappini F, Golan T, Irani M. Self-supervised Natural Image Reconstruction and Large-scale Semantic Classification from Brain Activity. *Neuroimage.* 2022;254:119121. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2022.119121>

12. Hasnul MA, Ab Aziz NA, Abd Aziz A. Augmenting ECG Data with Multiple Filters for a Better Emotion Recognition System. *Arab J Sci Eng.* 2023;48:10313–10334. <https://doi.org/10.1007/s13369-022-07585-9>

13. Hasnul MA, Aziz NAA, Alelyani S, Mohana M, Aziz AA. Electrocardiogram-Based Emotion Recognition Systems and Their Applications in Healthcare-A Review. *Sensors (Basel).* 2021;21(15):5015. <https://doi.org/10.3390/s21155015>

14. Ho JK, Horikawa T, Majima K, Cheng F, Kamitani Y. Inter-individual deep image reconstruction via hierarchical neural code conversion. *Neuroimage.* 2023;271:120007. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2023.120007>

15. Huang W, Yan H, Wang C, Li J, Zuo Z, Zhang J, Shen Z, Chen H. Perception-to-Image: Reconstructing Natural Images from the Brain Activity of Visual Perception. *Ann Biomed Eng.* 2020;48(9):2323-2332. <https://doi.org/10.1007/s10439-020-02502-3>

16. Huang W, Yan H, Wang C, Yang X, Li J, Zuo Z, Zhang J, Chen H. Deep Natural Image Reconstruction from Human Brain Activity Based on Conditional Progressively Growing Generative Adversarial Networks. *Neurosci Bull.*

2021;37(3):369-379. <https://doi.org/10.1007/s12264-020-00613-4>

17. Jafari M, Shoeibi A, Khodatars M, Bagherzadeh S, Shalbaf A, García DL, Gorriz JM, Acharya UR. Emotion recognition in EEG signals using deep learning methods: A review. *Comput Biol Med.* 2023;165:107450. <https://doi.org/10.1016/j.compbimed.2023.107450>

18. Jung D, Choi J, Kim J, Cho S, Han S. EEG-Based Identification of Emotional Neural State Evoked by Virtual Environment Interaction. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(4):2158. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042158>

19. Kim HC, Bandettini PA, Lee JH. Deep neural network predicts emotional responses of the human brain from functional magnetic resonance imaging. *Neuroimage.* 2019;186:607-627. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.10.054>

20. Koide-Majima N, Nishimoto S, Majima K. Mental image reconstruction from human brain activity: Neural decoding of mental imagery via deep neural network-based Bayesian estimation. *Neural Netw.* 2024;170:349-363. <https://doi.org/10.1016/j.neunet.2023.11.024>

21. Lee JP, Jang H, Jang Y, Song H, Lee S, Lee PS, Kim J. Encoding of multi-modal emotional information via personalized skin-integrated wireless facial interface. *Nat Commun.* 2024;15(1):530. <https://doi.org/10.1038/s41467-023-44673->

22. Liang Y, Liu B, Ji J, Li X. Network Representations of Facial and Bodily Expressions: Evidence From Multivariate Connectivity Pattern Classification. *Front Neurosci.* 2019;13:1111. <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.01111>

23. Liang Y, Liu B. Cross-Subject Commonality of Emotion Representations in Dorsal Motion-Sensitive Areas. *Front Neurosci.* 2020; 14:567797. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.567797>

24. Liu C, Wang Y, Sun X, Wang Y, Fang F. Decoding six basic emotions from brain functional connectivity patterns. *Sci China Life Sci.* 2023;66(4):835-847. <https://doi.org/10.1007/s11427-022-2206-3>

25. Liu H, Zhang Y, Li Y, Kong X. Review on Emotion Recognition Based on Electroencephalography. *Front Comput Neurosci.* 2021; 15:758212.

<https://doi.org/10.3389/fncom.2021.758212>

26. Marín-Morales J, Higuera-Trujillo JL, Greco A, Guixeres J, Llinares C, Scilingo EP, Alcañiz M, Valenza G. Affective computing in virtual reality: emotion recognition from brain and heartbeat dynamics using wearable sensors. *Sci Rep.* 2018;8(1):13657. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-32063-4>

27. Monteith S, Glenn T, Geddes J, Whybrow PC, Bauer M. Commercial Use of Emotion Artificial Intelligence (AI): Implications for Psychiatry. *Curr Psychiatry Rep.* 2022;24(3):203-211. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01330-7>

28. Muhammad F, Hussain M, Aboalsamh H. A Bimodal Emotion Recognition Approach through the Fusion of Electroencephalography and Facial Sequences. *Diagnostics (Basel).* 2023;13(5):977. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13050977>

29. Pise AA, Alqahtani MA, Verma P, Purushothama K, Karras DA, Prathibha S, Halifa A. Methods for Facial Expression Recognition with Applications in Challenging Situations. *Comput Intell Neurosci.* 2022;2022:9261438. <https://doi.org/10.1155/2022/9261438>

30. Rakhimberdina Z, Jodelet Q, Liu X, Murata T. Natural Image Reconstruction From fMRI Using Deep Learning: A Survey. *Front Neurosci.* 2021;15:795488. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.795488>

31. Shen G, Dwivedi K, Majima K, Horikawa T, Kamitani Y. End-to-End Deep Image Reconstruction From Human Brain Activity. *Front Comput Neurosci.* 2019;13:21. <https://doi.org/10.3389/fncom.2019.00021>

32. Shen G, Horikawa T, Majima K, Kamitani Y. Deep image reconstruction from human brain activity. *PLoS Comput Biol.* 2019;15(1):e1006633. <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1006633>

33. Taran S, Bajaj V. Emotion recognition from single-channel EEG signals using a two-stage correlation and instantaneous frequency-based filtering method. *Comput Methods Programs Biomed.* 2019;173:157-165. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2019.03.015>

34. Tejavibulya L, Rolison M, Gao S, Liang Q, Peterson H, Dadashkarimi J,

Farruggia MC, Hahn CA, Noble S, Lichenstein SD, Pollatou A, Dufford AJ, Scheinost D. Predicting the future of neuroimaging predictive models in mental health. *Mol Psychiatry*. 2022;27(8):3129-3137. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01635-2>

35. Vazquez-Rodriguez J, Lefebvre G, Cumin J, Crowley JL. Transformer-Based Self-Supervised Learning for Emotion Recognition. *arXiv:2204.05103v2 [q-bio.NC]*. 2022. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2204.05103>

36. Wang L, Hao J, Zhou TH. ECG Multi-Emotion Recognition Based on Heart Rate Variability Signal Features Mining. *Sensors (Basel)*. 2023;23(20):8636. <https://doi.org/10.3390/s23208636>

37. Washington P, Kalantarian H, Kent J, Husic A, Kline A, Leblanc E, Hou C, Mutlu C, Dunlap K, Penev Y, Stockham N, Chrisman B, Paskov K, Jung JY, Voss C, Haber N, Wall DP. Training Affective Computer Vision Models by Crowdsourcing Soft-Target Labels. *Cognit Comput*. 2021;13(5):1363-1373. <https://doi.org/10.1007/s12559-021-09936-4>

38. Xia Y, Liu Y. EEG-Based Emotion Recognition with Consideration of Individual Difference. *Sensors (Basel)*. 2023;23(18):7749. <https://doi.org/10.3390/s23187749>

39. Xiefeng C, Wang Y, Dai S, Zhao P, Liu Q. Heart sound signals can be used for emotion recognition. *Sci Rep*. 2019;9(1):6486. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-42826-2>

40. Yuvaraj R, Thagavel P, Thomas J, Fogarty J, Ali F. Comprehensive Analysis of Feature Extraction Methods for Emotion Recognition from Multichannel EEG Recordings. *Sensors (Basel)*. 2023;23(2):915. <https://doi.org/10.3390/s23020915>

41. Zhang Y, Ji X, Zhang S. An approach to EEG-based emotion recognition using combined feature extraction method. *Neurosci Lett*. 2016;633:152-157. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2016.09.037>

42. Zong J, Xiong X, Zhou J, Ji Y, Zhou D, Zhang Q. FCAN-XGBoost: A

Novel Hybrid Model for EEG Emotion Recognition. Sensors (Basel). 2023;23(12):5680. <https://doi.org/10.3390/s23125680>

43. Васильченко К.Ф., Чумаков Е.М. Современное положение, вызовы и перспективы развития вычислительной психиатрии: нарративный обзор. Consortium Psychiatricum. 2023; 4(3): CP11244. <https://doi.org/10.17816/CP11244>

44. Гашкаримов В.Р., Султанова Р.И., Ефремов И.С., Асадуллин А.Р. Использование методов машинного обучения в диагностике и прогнозировании клинических особенностей шизофрении: нарративный обзор литературы. Consortium Psychiatricum. 2023;4(3): CP11030.

**ИНТЕГРАЦИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРЕНИЯ И
МНОГОПАРАМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ОЦЕНКЕ
СИМПТОМАТИКИ ШИЗОФРЕНИИ: КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ
ГРАФИЧЕСКОЙ И ТЕКСТОВОЙ ПРОДУКЦИИ, КОРРЕЛЯЦИИ
С ШКАЛОЙ PANSS И СРАВНЕНИЕ СО ЗДОРОВЫМ КОНТРОЛЕМ**

Богданов Я. В.

ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Данное исследование посвящено применению методов компьютерного зрения и многопараметрического анализа для оценки симптоматики шизофрении. В ходе работы был проведен количественный анализ графической и текстовой продукции пациентов с шизофренией и здоровых испытуемых. Исследование включало сравнение результатов с оценками по шкале PANSS и сопоставление данных пациентов со здоровым контролем. Результаты показали значимые различия между группами в выполнении графических и текстовых заданий, а также выявили корреляции между характеристиками выполнения заданий и выраженностью симптомов шизофрении. Особенно информативными оказались задания на рисование лиц, демонстрирующие наиболее сильные корреляции с негативными симптомами. Полученные данные могут быть использованы для разработки новых методов

оценки и мониторинга состояния пациентов с шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, компьютерное зрение, многопараметрический анализ, PANSS (Шкала позитивных и негативных синдромов), количественный анализ, корреляционный анализ, рисунок лица, несуществующее животное.

Введение. Шизофрения является психическим расстройством, диагностика и оценка которого часто представляют значительные трудности для клиницистов. Существующие методы оценки, такие как шкала PANSS, в значительной степени основаны на субъективном мнении специалиста. В связи с этим разработка объективных, количественных методов оценки симптоматики шизофрении представляется крайне актуальной задачей (1). Применение методов компьютерного зрения и многопараметрического анализа открывает новые возможности для объективизации оценки состояния пациентов (2). Кроме того, анализ графической и текстовой продукции может предоставить дополнительную информацию о когнитивных и эмоциональных аспектах заболевания, что может способствовать более глубокому пониманию природы шизофрении и разработке новых подходов к ее диагностике и лечению (1).

Целью данного исследования является разработка и оценка эффективности метода количественного анализа графической и текстовой продукции пациентов с шизофренией с использованием компьютерного зрения и многопараметрического анализа для объективной оценки симптоматики заболевания.

Задачи исследования

1. Провести количественный анализ созданной пациентами и здоровыми испытуемыми графической продукции с использованием методов компьютерного зрения, включая оценку размера файлов и количества пикселей в изображениях.

2. Сравнить количественные характеристики графической и текстовой продукции пациентов с шизофренией и здоровых испытуемых.

3. Исследовать корреляции между количественными характеристиками продукции и оценками по шкале PANSS у пациентов с шизофренией.

4. Оценить информативность различных типов заданий (рисование лиц, рисование несуществующих животных, написание текстов) для оценки симптоматики шизофрении.

5. Проанализировать связь между негативными, позитивными симптомами и общей психопатологией по шкале PANSS и характеристиками выполнения различных заданий.

6. На основе полученных данных разработать рекомендации по использованию количественного анализа графической и текстовой продукции для оценки и мониторинга состояния пациентов с шизофренией.

Материал и методы исследования: исследование проведено в соответствии с разработанным протоколом. Это сравнительное когортное исследование с использованием методов компьютерного зрения для анализа данных. В ходе исследования были отобраны две группы участников - контрольная группа здоровых и основная группа пациентов с шизофренией. В группе здоровых 126 волонтеров, в группе пациенты 113 человек. В группе здоровых мужчин было 46,03%, а женщин 53,97%. В группе пациентов 51,33% были женского пола, а 48,67% - мужского. В обеих группах образовательный уровень различался несущественно.

Различия в социальном статусе были обусловлены инвалидизирующим характером течения психического расстройства у пациентов. Оценивался ряд социальных показателей и клинические характеристики психического расстройства у пациентов – форма заболевания, тип течения, ведущий синдром, аддиктивное поведение, общественно опасное поведение, комплаэнс и ряд других характеристик, некоторые из этих характеристик в рамках данной статьи не рассматриваются, хотя и были исследованы.

В группу пациентов вошли граждане, получавшие амбулаторное, либо стационарное лечение в ККПБ, а также проживающие в Кедровском психоневрологическом интернате. Группу здоровых составили сотрудники ККПБ, студенты ряда ВУЗов, колледжей г. Кемерово, родственники сотрудников ККПБ, пожелавшие принять участие в исследовании и выразившие добровольное информированное согласие.

Таблица 1.
«Здоровые и пациенты, возраст».

Ряд		Медиана	Ср. арифм.	Ст. отклон.	Дисп.	Ошибка средней	1кварт.	3 квартал.
Здоровые	26	33.00	34.70	13.10	171.49	1.17	23.00	47.00
Пациенты	13	45.00	45.88	11.91	141.91	1.12	38.00	54.00

Пациенты оказались в среднем старше (среднее 45.88 против 34.70 у здоровых), а также имеют меньшую дисперсию и стандартное отклонение.

Тест Манна-Уитни: U-статистика: 3985.5, значение p-value: 4.25×10^{-9} Этот результат указывает на значительное различие между возрастными группами здоровых и пациентов (p-value значительно меньше 0.05). Т-тест: статистика: -6.87. Значение p-value: 5.48×10^{-11} Тест также указывает на статистически значимые различия между двумя группами. Гистограммы и ящики с усами показали различия в распределении возрастов для здоровых и пациентов.

Критерии включения в группу пациентов были следующими: пациенты с установленным, не вызывающим сомнения диагнозом шизофрения (любые формы), с длительностью наблюдения более года, психическое состояние которых позволяет принять участие в клиническом интервью и в выполнении рисуночных тестов в возрасте старше 18 лет. Критерии исключения: пациенты, диагноз которых вызывает сомнения, имеющаяся клиническая картина по-разному интерпретируется разными психиатрами. Период наблюдения менее

года. Психическое состояние пациентов не позволяет принять участие в клиническом интервью и в выполнении рисуночных тестов. Выраженная коморбидная психическая патология (диагноз другого психического расстройства). Выраженные сопутствующие органические поражения ЦНС, включая эпилептические синдромы, психоорганический синдром. Каждому из испытуемых данной группы присваивался номер, например «Ш001, Ш002», персональные данные в обработке результатов исследования не использовались.

Критерии включения в группу здоровых испытуемых: здоровые граждане, пожелавшие принять участие в интервью и в выполнении рисуночных тестов. Критерии исключения: здоровые граждане, пожелавшие принять участие в исследовании, заявившие о том, что, возможно, имеют какое-то психическое расстройство, наблюдающиеся у врача-психиатра, либо медицинского (клинического) психолога, в отношении которых возникает сомнение в полном психическом здоровье. Каждому из испытуемых данной группы присваивался номер, например «3001, 3002», персональные данные в обработке результатов исследования не использовались.

Были разработаны тестовый бланк «Лицо человека», тестовый бланк «Несуществующее животное», тестовый бланк «Написание текста», инструкция по проведению исследования, стандартизированные опросники для пациентов и здоровых лиц, бланки добровольных информированных согласий на участие в исследовании.

Каждый испытуемый рисовал по два изображения лица человека на бланке «Лицо человека» и 2 изображения несуществующего животного на бланке «Несуществующее животное», три текста на бланке «Написание текста». Все записи и рисунки проводились стандартной авторучкой STAFF артикул 143868 с чернилами синего цвета на бумаге Svetocopy формат А4. Для обработки изображений и перевода их в электронную форму использовалось МФУ Pantum M6506NW разрешение 300 dpi, цветной, прилагающееся к нему

ПО. Шариковая авторучка одного артикула и одного цвета чернил была выбрана для выполнения тестовых заданий по двум причинам: для унификации задания, выполненных всеми участниками исследования, в отличие от карандашного рисунка, авторучка даёт линию примерно одинаковой толщины и насыщенности, что упрощает последующую оценку и цифровую обработку.

Полученные результаты заносились в базу данных КГУ, Microsoft Excel. Графический анализ проводился с помощью оригинального программного продукта разработанного специально для данного исследования Pixelcounter, написанного на языке Python, использующего библиотеку компьютерного зрения OpenCV. Данный программный продукт подсчитывает количество пикселей, занятых изображением.

Количественный анализ изображений проводился также по абсолютному размеру файла в байтах. Нами выявлена зависимость детализованности изображений от абсолютного размера файла, в котором изображение храниться (формат jpeg).

Исследована зависимость размера файла и количеством пикселей занятых изображением с помощью метода корреляционного анализа. Корреляции между байтами и пикселями оказались следующими: а) Сумма байт/сумма пикс.: 0,823706004 б) Лицо байт/лицо пикс.: 0,780290148 в) Животное байт/животное пикс.: 0,816002537 г) Текст байт/текст пикс.: 0,855008006. Все корреляции сильные положительные ($>0,7$).

Наиболее сильная корреляция для текстов, наименьшая - для лиц. Это указывает на высокую согласованность между размером файла в байтах и количеством занимаемых пикселей. Различия могут быть связаны с особенностями сжатия разных типов изображений и текстов.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программ на языке Python с использованием библиотек SciPy (библиотека для языка программирования Python с открытым исходным кодом, предназначенная для выполнения научных и инженерных расчётов) и NumPy (библиотека с

открытым исходным кодом для языка программирования Python. поддержка многомерных массивов (включая матрицы), поддержка высокоуровневых математических функций, предназначенных для работы с многомерными массивами).

Проводились вычисления средних величин, среднеквадратического отклонения, ошибки средней, медианы, квартилей, дисперсии, статистический анализ вариационных рядов, выявление коррелятивных связей, Т-анализ, проведение теста Манна-Уитни, графический анализ box plot (ящики с усами), гистограммы рядов. Для построения гистограмм и ящиков с усами использован MS Excel 2016. Для Т-теста использовалась функция `scipy.stats.ttest_ind()`. Для теста Манна-Уитни — `scipy.stats.mannwhitneyu()`. Эти функции применялись к рядам данных, и на их основе вычислялись статистические параметры и значения Р.

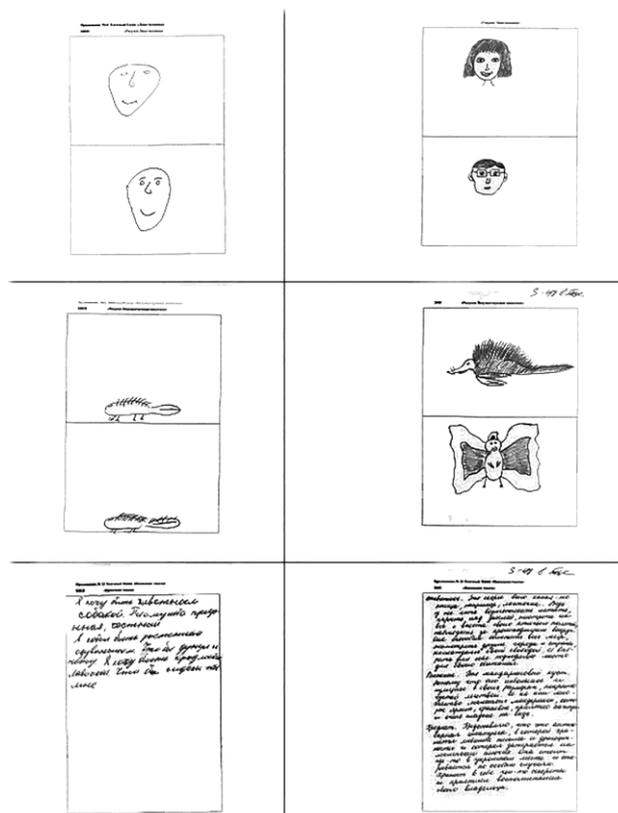
Результаты исследования. Пациенты рисовали лица, рисовали несуществующее животное, писали тексты на заданные темы в стандартных условиях. Затем проводилось измерение размеров файлов нарисованных ими лиц, несуществующих животных, написанных текстов, а также с помощью специальной программы измерялось количество пикселей, занятых рисунками и текстами, затем искались корреляции между числами в байтах и пикселях, а также корреляции между величинами рисунков в рядах и различных показателей по шкале PANSS в этих же рядах, кроме того вычислялась доля отдельных тестов в общем объеме задания, то есть выяснялись отношения частного к целому.

Ниже приведены примеры выполнения тестов пациентами и здоровыми испытуемыми, в левом столбце изображения, выполненные пациентами, а в правом – здоровыми испытуемыми:

1. Ряды «Сумма в байтах в трёх тестах»

Вычислялся общий объём выполненных заданий во всех тестах (рисование лица, несуществующего животного, написание текста) в байтах для

каждого испытуемого в каждой группе, результаты сводились в вариационные ряды, проводился их статистический анализ, результаты сравнивались.



Гистограмма для ряда 1 показывает распределение значений, большинство из которых сосредоточены в интервале от 1,5 до 3 млн. Значения выше 3 млн. являются редкими. Гистограмма для ряда 2 показывает более равномерное распределение с пиком в диапазоне от 1 до 1,5 млн. Ящики с усами (box plots): Ящик с усами для ряда 1 показывает, что большая часть данных сосредоточена между Q1 и Q3 (от 1,58 до 2,47 млн.). Есть несколько выбросов выше 3 млн. Ящик с усами для ряда 2 показывает, что данные более равномерно распределены и также содержат несколько выбросов выше 2,5 млн. Т-тест для сравнения средних значений: Т-статистика: 8.686, Р-значение: 6.22×10^{-16} .

Тест Манна-Уитни для сравнения распределений: U-Статистика: 11219.0, Р-значение: 1.56×10^{-14} . Ряд 1 имеет большее среднее значение, медиану и

дисперсию по сравнению с рядом 2. Размах в ряде 1 также больше, что указывает на более широкое распределение значений. Гистограмма и ящик с усами для ряда 1 показывают более значительные выбросы и больший размах данных. Ряд 2 имеет более равномерное распределение с пиком в диапазоне от 1 до 1,5 млн.

Результаты t-теста и теста Манна-Уитни показывают, что различия между рядами статистически значимы (p-значения значительно меньше 0.05), что указывает на то, что ряды имеют различное среднее значение и распределение. В целом, ряды существенно отличаются по своим характеристикам, что подтверждается как основными статистическими параметрами, так и результатами тестов гипотез.

2. Ряды «Лицо в байтах».

Вычислялся объём выполненного задания по рисованию лиц в байтах для каждого испытуемого в каждой группе, результаты сводились в вариационные ряды, проводился их статистический анализ, результаты сравнивались.

Таблица 3.

«Лицо в байтах, здоровые», «Лицо в байтах, пациенты».

яд		Медиана	Ср. арифм.	Ст. отклон.	Дисп.	Ошибка средней	1кварт.	3 квартал.
яд3 (з)	26	597298	623468.73	234187.39	54843732528.96	20853.73	443877.75	754019.25
яд4 (п)	13	415775	417532.05	367256.78	9950993043.98	34614.61	344154	473446

T-тест для сравнения средних значений: Статистика: 8.63, p-значение: 8.87×10^{-16} . Тест Манна-Уитни для сравнения распределений: U-Статистика: 11242, p-значение: 1.11×10^{-14} . Средние значения между рядами значительно различаются, что подтверждается результатами T-теста (p-значение < 0.05). Распределения данных также различаются, что подтверждается результатами

теста Манна-Уитни (p -значение < 0.05). Графический анализ подтверждает более широкое распределение данных в первом ряду.

3. Ряды «Животное в байтах».

Вычислялся объём выполненного задания по рисованию несуществующих животных в байтах для каждого испытуемого в каждой группе, результаты сводились в вариационные ряды, проводился их статистический анализ, результаты сравнивались.

Таблица 4.

«Животное в байтах, здоровые», «Животное в байтах, пациенты»:

яд		Медиана	Ср. арифм.	Ст. отклон.	Дисп.	Ошибка средней	1кварт.	3 квартал.
яд5 (з)	26	580521	607259.17	201381.96	40554693004.42	50074,73	451472.25	724810.25
яд6 (п)	13	435222.0	438247.08	102439.09	9950993043.98	41305.1	369954	495784

Гистограммы показывают распределение значений: у здоровых людей значения более равномерно распределены и имеют более широкое распределение, с некоторым смещением в правую сторону. У пациентов распределение более сконцентрировано около центральных значений, с меньшим диапазоном и без выраженного смещения. Ящики с усами (Box Plot) показывают распределение данных по квартилям: у здоровых людей наблюдается больший размах значений (более длинные «усы»), что говорит о большей вариативности в данных. У пациентов значения более компактны, что указывает на меньшую вариативность. Т-тест для сравнения средних значений: Статистика t-теста: 8.036, значение p -value: 4.37×10^{-14} . Этот результат указывает на то, что разница в средних значениях между двумя группами статистически значима (p -value значительно меньше 0.05). Тест Манна-Уитни для сравнения распределений: Статистика Манна-Уитни: 10878.0, Значение p -value: 1.88×10^{-12} . Тест Манна-Уитни также показывает, что распределения

значений между двумя группами существенно различаются (p -value также меньше 0.05). Иными словами, обе группы (здоровые и пациенты) имеют значимые различия как в средних значениях, так и в распределении значений.

4. Ряды «Здоровые, текст, в байтах. Пациенты, текст, в байтах».

Вычислялся объём выполненного задания по написанию текстов в байтах для каждого испытуемого в каждой группе, результаты сводились в вариационные ряды, проводился их статистический анализ, результаты сравнивались.

На графиках выше представлены гистограммы и ящички с усами для обеих групп. По гистограммам видно, что распределение значений у здоровых имеет более высокий пик в районе среднего значения, а у пациентов распределение смещено влево и имеет большее количество низких значений. Ящички с усами также показывают, что у здоровых медиана и квартильные значения выше, чем у пациентов. Т-тест для сравнения средних значений: Статистика: 6.02, Р-значение: 6.62×10^{-9} . Различия между средними значениями статистически значимы ($p < 0.05$). Тест Манна-Уитни для сравнения распределений: Статистика: 10194.0, Р-значение: 8.34×10^{-9} . Различия между распределениями статистически значимы ($p < 0.05$). Таким образом, результаты анализа показывают, что между двумя группами существуют значимые различия, как в средних значениях, так и в распределении данных.

Таблица 5.

«Здоровые, текст, в байтах, « Пациенты», текст, в байтах:

Ряд		Медиана	Ср. арифм.	Ст. отклон.	Дисп.	Ошибка средней	1кварт.	3 кварт.
Ряд7 (з)	26	814624.5	813442.17	291619.89	85042158825.17	72434.74	574755.75	1005445
Ряд8 (п)	13	562945.0	608045.19	225091.04	9950993043.98	57308.7	439598	706402

5. Доли отдельных тестов в общем объёме выполненных работ в

группе пациентов и здоровых испытуемых.

Вычислялась доля рисуночного теста «Лицо человека» в общем объеме выполненного задания (сравнивались отношения чисел в байтах) для каждого испытуемого в каждой группе, результаты сводились в вариационные ряды, проводился их статистический анализ, результаты сравнивались.

Таблица 6.

«Лицо/сумма, здоровые», «Лицо/сумма, пациенты»:

Ряд	N	Медиана	Ср. арифм.	Ст. отклон.	Дисп.	Ошибка средней	1кварт.	3 кварт.
Ряд9 (з)	126	0.305	0.305	0.060	0.0036	0.0271	0.266	0.341
Ряд10 (п)	113	0.286	0.289	0.038	0.0014	0.0272	0.2628	0.315

T-тест: T-статистика: 2.43, P-значение: 0.016. Есть статистически значимая разница между двумя группами на уровне значимости 0.05. Тест Манна-Уитни: статистика: 8269.0, P-значение: 0.031. Существует незначительная разница между распределениями двух групп.

Эти результаты показывают, что между группой здоровых участников и группой пациентов существуют незначительные различия в их данных, что подтверждается как параметрическим, так и непараметрическим тестами.

Вычислялась доля рисуночного теста «Несуществующее животное» в общем объеме выполненного задания (сравнивались отношения чисел в байтах) для каждого испытуемого в каждой группе, результаты сводились в вариационные ряды, проводился их статистический анализ, результаты сравнивались.

Разница в среднем значении и разбросе данных между группами относительно небольшая, но заметна: у пациентов более низкая дисперсия и стандартное отклонение, что говорит о меньшей вариативности данных. T-тест для двух независимых выборок: t-статистика: 0.903, p-значение: 0.367.

Таблица 7.

«Животное/сумма, здоровые», «Животное/сумма, пациенты».

яд		Медиана	Ср. арифм.	Ст. отклон.	Дисп.	Ошибка средней	1кварт.	3 кварт.
яд11 (з)	26	0.2982	0.2986	0.0488	0.0024	0.0043	0.2591	0.3284
яд12 (п)	13	0.3037	0.3030	0.0359	0.0013	0.0033	0.2890	0.3298

Поскольку р-значение (0.367) значительно выше уровня значимости (например, 0.05), то различия между группами «пациенты» и «здоровые» статистически незначимы. Тест Манна-Уитни: U-статистика: 7716.0, р-значение: 0.218. Здесь также р-значение (0.218) превышает стандартный порог (0.05), что говорит о том, что разница между распределениями значений в выборках «пациенты» и «здоровые» не является статистически значимой.

Вычислялась доля теста «Написание текста» в общем объеме выполненного задания (сравнивались отношения чисел в байтах) для каждого испытуемого в каждой группе, результаты сводились в вариационные ряды, проводился их статистический анализ, результаты сравнивались.

Таблица 8.

«Текст/сумма, здоровые», «Текст/сумма, пациенты»:

яд		Медиана	Ср. арифм.	Ст. отклон.	Дисп.	Ошибка средней	1кварт.	3 кварт.
яд13 (з)	26	0.396	0.393	0.053	0.0028	0.0047	0.357	0.446
яд14 (п)	13	0.396	0.399	0.055	0.0030	0.0051	0.358	0.447

T-тест: статистика: -0.838, р-значение: 0.403. р-значение больше стандартного уровня значимости (0.05), что указывает на отсутствие статистически значимых различий между средними значениями двух групп. Тест Манна-Уитни: статистика: 6662.0, р-значение: 0.993. р-значение также

значительно больше 0.05, что указывает на отсутствие значимых различий в распределениях двух групп.

Эти результаты указывают на то, что доля отдельных тестов в объёме всего задания и у здоровых испытуемых и у пациентов примерно одинакова, существенных различий не выявлено.

6. «Лицо, пиксели, здоровые», «Лицо, пиксели, пациенты».

Вычислялся объём выполненного задания по рисованию лиц в пикселях для каждого испытуемого в каждой группе, результаты сводились в вариационные ряды, проводился их статистический анализ, результаты сравнивались.

Среднее значение и медиана значительно выше у здоровых людей. Стандартное отклонение и дисперсия у здоровых значительно выше, что указывает на более широкий разброс значений.

Таблица 9.

«Лицо, пиксели, здоровые» «Лицо, пиксели, пациенты»:

яд		Медиана	Ср. арифм.	Ст. отклон.	Дисп.	Ошибка средней	1 кварт.	3 кварт.
яд15 (з)	26	260314.0	291376.4	177407.1	31473279140.16	15797.6	170079.25	365547.25
яд16 (п)	13	108390.0	123497.3	52550.6	2761569914.05	4943.6	92794.0	137554.0

Результаты статистических тестов: Т-тест: Т-статистика = 9.68, р-значение = 6.71×10^{-19} . Это указывает на значимые различия между двумя рядами. Тест Манна-Уитни: U-статистика = 12472.0, р-значение = 1.12×10^{-23} , что также говорит о существенных различиях. Гистограммы распределений и ящики с усами (boxplots) наглядно показывают различия в распределениях значений для двух групп («здоровые» и «пациенты»).

7. «Животное, пиксели, здоровые», «Животное, пиксели, пациенты»

Вычислялся объём выполненного задания по рисованию

несуществующих животных в пикселях для каждого испытуемого в каждой группе, результаты сводились в вариационные ряды, проводился их статистический анализ, результаты сравнивались.

Таблица 10.

«Животное, пиксели, здоровые», «Животное, пиксели, пациенты».

яд		Медиана	Ср. арифм.	Ст. отклон.	Дисп.	Ошибка средней	1кварт.	3 кварт.
яд 17	26	191194.50	246499.13	133641.76	17860115686.51	11900.42	143461.00	316349.00
яд 18	13	117819.00	134233.96	57909.31	3353488547.25	5447.72	96743.00	147880.00

Среднее для здоровых значительно выше, чем для пациентов. Это может указывать на то, что рисунки животных, выполненные здоровыми волонтерами в среднем занимают большую площадь на изображениях или изображены с более высокой детализацией. Медианное значение для здоровых также существенно выше, чем для пациентов. Это подтверждает тенденцию, наблюдаемую в средних значениях, и указывает на то, что различие не вызвано выбросами. Стандартное отклонение для здоровых животных более чем в два раза превышает значение для пациентов. Это говорит о большей вариативности у здоровых испытуемых. Данные по дисперсии согласуются с наблюдением о большей вариативности данных для здоровых животных. Все квартильные значения для здоровых выше соответствующих значений для пациентов. Это указывает на систематическое различие в распределении данных между двумя группами. t-статистика: 8.7869, p-значение: 1.1825×10^{-16} ; p-значение намного меньше уровня значимости 0.05, что позволяет нам отвергнуть нулевую гипотезу. Это означает, что существует статистически значимое различие между средними значениями количества пикселей в изображениях несуществующих животных в двух рядах.

Тест Манна-Уитни (U-тест): U-статистика: 3325.0, p-значение: 1.1243×10^{-16}

¹⁴; р-значение намного меньше уровня значимости 0.05, что позволяет нам отвергнуть нулевую гипотезу. Это указывает на статистически значимое различие в распределении внутри рядов.

8. «Текст, пиксели, здоровые», «Текст, пиксели, пациенты».

Вычислялся объём выполненного задания по написанию текстов в пикселях для каждого испытуемого в каждой группе, результаты сводились в вариационные ряды, проводился их статистический анализ, результаты сравнивались.

Среднее количество пикселей для здоровых значительно выше, чем для пациентов. Это явно указывает на то, что тексты здоровых в среднем длиннее. Медианное значение для текстов здоровых испытуемых также существенно выше, чем для пациентов. Это подтверждает тенденцию, наблюдаемую в средних значениях, и указывает на то, что различие не вызвано выбросами. Стандартное отклонение для здоровых текстов выше, чем для пациентов. Это говорит о большей вариативности в количестве пикселей для здоровых испытуемых. Дисперсия подтверждает это предположение.

Таблица 11.
 «Текст, пиксели, здоровые» «Текст, пиксели, пациенты».

яд		Медиана	Ср. арифм.	Ст. отклон.	Дисп.	Ошибка средней	1 кварт.	3 кварт.
яд 19 (з)	26	338847.50	360641.48	176936.66	31306571852.67	15755.71	207219.00	495089.00
яд 20 (п)	13	197868.50	217233.81	114355.04	13077075950.12	10757.76	132275.00	269452.00

Все квартильные значения для текстов здоровых выше соответствующих значений для пациентов. Это указывает на систематическое различие в распределении данных между двумя группами. Т-тест: t-статистика: 7.3488, р-значение: 9.7631×10^{-13} ; р-значение намного меньше стандартного уровня

значимости 0.05, что позволяет нам утверждать, что существует статистически значимое различие между средними значениями количества пикселей в текстах здоровых и пациентов. Тест Манна-Уитни (U-тест): U-статистика: 3397.0, р-значение: 1.0234×10^{-11} ; р-значение намного меньше стандартного уровня значимости 0.05, что указывает на статистически значимое различие в распределении количества пикселей между группами здоровых и пациентов.

9. «Сумма, пиксели, здоровые» «Сумма, пиксели, пациенты».

Вычислялся общий объём выполненных заданий во всех тестах (рисование лица, несуществующего животного, написание текста) в пикселях для каждого испытуемого в каждой группе, результаты сводились в вариационные ряды, проводился их статистический анализ, результаты сравнивались.

Таблица 12.

«Сумма, пиксели, здоровые» «Сумма, пиксели, пациенты»:

яд		Медиан а	Ср. арифм.	Ст. отклон.	Дисп.	Ошибка средней	1кварт.	3 кварт.
яд 21 (з)	26	883372.5	915062.07	395009.52	156032519158.65	35174.489	577428.5	1186675.5
яд 22 (п)	13	439020.0	478778.11	180918.25	32731414172.29	45040.27	363675	554123

У ряда «здоровых» данные больше по среднему и имеют более высокое стандартное отклонение, что указывает на больший разброс значений. Ряд «пациентов» характеризуется меньшими значениями во всех основных статистических параметрах, что может свидетельствовать о более узком диапазоне изменений.

Тест Манна-Уитни: U-статистика: 12338.0. Р-значение: 1.38×10^{-22} . Т-тест: t-статистика: 10.73, р-значение: 3.88×10^{-22} . р-значения в обоих тестах очень малы, что свидетельствует о значительных различиях между двумя рядами данных. Тест Манна-Уитни показывает, что распределения данных в

рядах «здоровые» и «пациенты» статистически значимо различаются. Т-тест подтверждает это различие, с учётом предположения о нормальности данных. Гистограммы показывают, что распределение данных у здоровых шире и имеет больший разброс, чем у пациентов. Boxplot демонстрирует больший размах и медиану значений у здоровых по сравнению с пациентами.

10. Исследование зависимостей между параметрами изображений и клинико-психопатологической симптоматикой по шкале PANSS в группе пациентов.

Исследование проводилось методом корреляционного анализа. Сравнивались количественные показатели по рядам у каждого пациента с значениями по шкале PANSS.

Таблица 13.
Корреляции PANSS и результатов тестов в байтах.

	Сумма PANSS	PANSS P	PANSS N	PANSS O
Лицо байт	- 0,272380418	- 0,120009666	- 0,295565258	- 0,211423651
Животное байт	- 0,040311604	- 0,058279949	- 0,081499683	0,028882351
Текст байт	- 0,228735631	- 0,140040933	- 0,218962456	O -0,192120006
Сумма байт	- 0,225370191	- 0,102244032	-0,23711538	- 0,167156687

В строке «Лицо байт» все корреляции отрицательные, что указывает на обратную связь между размером файла и оценками PANSS. Корреляции варьируются от слабых до умеренно слабых. Чем выше общий балл PANSS, тем меньше размер файла рисунка. Лицо байт/PANSS P: наименее выраженная связь среди всех субшкал. Лицо байт/PANSS N (Негативные симптомы): наиболее сильная корреляция среди всех субшкал. Приближается к умеренной отрицательной корреляции. Лицо байт/PANSS O (Общая психопатология): слабая отрицательная корреляция. Сильнее, чем с позитивными симптомами, но слабее, чем с негативными. Негативные симптомы имеют наиболее сильную связь с размером файла рисунка. Это может указывать на то, что пациенты с

более выраженными негативными симптомами (например, эмоциональная уплощенность, абулия) создают менее детализированные или менее сложные рисунки. Вероятно такие симптомы, как галлюцинации или бред, меньше влияют на сложность или детализацию рисунка. Негативные симптомы могут иметь наибольшее влияние на способность или склонность пациентов создавать сложные или детализированные рисунки лиц. Общая тенденция указывает на то, что более тяжелая симптоматика (особенно негативная) связана с созданием менее «тяжелых» (в байтах) файлов рисунков.

Зависимость суммы в байтах от шкал PANSS. Все корреляции отрицательные, в целом ниже, чем для одного лица. Сумма байт/сумма PANSS: слабая отрицательная корреляция. Немного слабее, чем корреляция для одного лица. Сумма байт/PANSS P - очень слабая отрицательная корреляция. Схожа с результатом для одного лица. Сумма байт/PANSS N: наиболее сильная корреляция среди всех субшкал, но слабее, чем для одного лица. Сумма байт/PANSS O: слабая отрицательная корреляция. Слабее, чем для одного лица. Сохраняется тенденция: негативные симптомы имеют наиболее сильную связь, позитивные - наиболее слабую. Сохранение общей тенденции указывает на устойчивость наблюдаемой связи между симптомами и характеристиками рисунков. Анализ отдельных рисунков лиц может быть более информативным, чем общая сумма. Использование суммы байт всех рисунков может несколько «размывать» наблюдаемые эффекты по сравнению с анализом отдельных рисунков лиц. Для клинической оценки может быть более информативным анализ отдельных рисунков лиц. Фокус на негативных симптомах при анализе рисунков может быть наиболее продуктивным направлением для дальнейших исследований.

Анализ данных по рисункам животных: корреляции очень слабые, близкие к нулю. Есть небольшие положительные корреляции с позитивными симптомами и общей психопатологией, что отличается от предыдущих результатов. Негативные симптомы по-прежнему имеют отрицательную

корреляцию, но очень слабую.

Анализ данных по текстовым файлам: корреляции слабые, но более выраженные, чем для рисунков животных. Все корреляции отрицательные, что согласуется с результатами для рисунков лиц. Наиболее сильная корреляция с общим баллом PANSS и негативными симптомами.

Сравнение корреляций: рисунки животных показывают наименьшую связь с симптомами PANSS. Текстовые файлы демонстрируют корреляции, сходные с рисунками лиц, но немного слабее. Рисунки лиц показывают наиболее сильные корреляции, особенно с негативными симптомами. Рисование лиц, похоже, является наиболее чувствительным заданием для отражения симптоматики PANSS. Рисование несуществующих животных наименее связано с симптомами, возможно, из-за большей вариативности и меньшей структурированности задания.

Таблица 14.

Корреляции PANSS и результатов тестов в пикселях.

	Сумма PANSS	PANNS P	PANSS N	PANSS O
Лицо пикс.	- 0,314881602	- 0,114253313	- 0,37808238	- 0,270226357
Животное пикс.	- 0,054246015	- 0,077081351	- 0,124347621	- 0,016749861
Текст пикс.	- 0,17860783	- 0,08160568	- 0,204565945	- 0,142493953
Сумма пикс.	- 0,217243033	- 0,061157315	- 0,271898958	- 0,161410095

Негативные симптомы последовательно показывают наиболее сильную связь с характеристиками выполнения заданий (кроме рисунков животных). Текстовые задания показывают схожие тенденции с рисунками лиц, что может указывать на общие механизмы влияния симптомов на выполнение структурированных заданий. Итак, для клинической оценки наиболее информативным может быть анализ рисунков лиц и текстовых заданий.

Корреляции между суммарными показателями пикселей и PANSS: все корреляции отрицательные и слабые. Наиболее сильная связь с

негативными симптомами. Результаты схожи с корреляциями для суммы байт, что подтверждает согласованность измерений.

Корреляции для рисунков лиц (пиксели): корреляции отрицательные, от слабых до умеренных. Наиболее сильная связь с негативными симптомами. Эти корреляции сильнее, чем для суммарных показателей и других типов заданий.

Корреляции для рисунков животных (пиксели): корреляции очень слабые, близкие к нулю. Есть слабая положительная корреляция с позитивными симптомами. Результаты согласуются с данными для байтов, подтверждая низкую информативность этого задания.

Корреляции для текстов (пиксели): корреляции отрицательные и слабые. Наиболее сильная связь с негативными симптомами. Результаты схожи с данными для байтов, но немного слабее.

Таблица 15.

Корреляции PANSS и долей тестовых заданий в их общем объеме (измерены в пикселях).

	Сумма PANSS	PANNS P	PANSS N	PANSS O
Лицо пикс./сумма пикс.	0,146618254	0,068117896	0,182331448	0,148728374
Животное пикс./сумма пикс.	0,305204255	0,24473152	0,302457925	0,312291732
Текст пикс./сумма пикс.	0,076881868	0,095646644	0,050729142	0,079557341

Корреляции для отношения пикселей лица к общей сумме: Все корреляции отрицательные и слабые. Наиболее сильная связь с негативными симптомами, хотя она все еще слабая. Это может указывать на тенденцию: чем выше выраженность симптомов (особенно негативных), тем меньшую долю от общего объема работы занимает рисование лица.

Корреляции для отношения пикселей животного к общей сумме: все корреляции положительные и умеренные. Наиболее сильная связь с общей психопатологией, но разница между подшкалами невелика. Это интересный результат, так как предыдущие данные показывали слабые корреляции для

рисунков животных. Здесь мы видим, что доля рисунка животного в общем объеме работы увеличивается с ростом выраженности симптомов.

Корреляции для отношения пикселей текста к общей сумме: все корреляции отрицательные и очень слабые, близкие к нулю. Наиболее сильная связь с позитивными симптомами, но разница незначительна. Это указывает на то, что доля текста в общем объеме работы практически не связана с выраженностью симптомов.

Обсуждение и выводы. Исследование показало согласованность измерений – на это указывают высокие корреляции между измерениями в байтах и пикселях, что подтверждает надежность измерений. Рисунки лиц наиболее информативны для оценки симптоматики PANSS. Рисунки несуществующих животных наименее информативны в этом аспекте. Текстовые задания занимают промежуточное положение. Негативные симптомы показывают наиболее сильную связь с характеристиками выполнения заданий во всех типах, кроме рисунков животных. Это может указывать на то, что негативные симптомы (например, абулия, ангедония) наиболее сильно влияют на способность и мотивацию к выполнению структурированных заданий. Рисование лиц может быть наиболее чувствительным к проявлениям психопатологии, возможно, из-за социальной природы задания. Рисование несуществующих животных может быть менее структурированным заданием, что объясняет слабые корреляции.

Текстовые задания показывают промежуточные результаты, возможно, отражая как когнитивные, так и мотивационные аспекты симптоматики. Эти результаты предоставляют ценную информацию о связи между симптомами шизофрении и выполнением творческих заданий, что может быть полезно для разработки новых методов оценки и мониторинга состояния пациентов. Интересным результатом стало изменение паттерна для рисунков животных - в отличие от предыдущих данных, где рисунки животных показывали слабые корреляции, мы увидели умеренные положительные корреляции между долей

рисунка животного и выраженностью позитивной симптоматики у пациентов с шизофренией. Это может означать, что пациенты с более выраженными симптомами уделяют большую долю своих усилий рисованию несуществующего животного. Отмечена стабильность результатов для рисунков лиц - хотя корреляции слабее, чем в предыдущих анализах, сохраняется тенденция к отрицательной связи, особенно с негативными симптомами. Низкая информативность доли текстовых заданий: доля текста в общем объеме работы показывает очень слабые корреляции со всеми показателями PANSS.

Результаты исследования могут указывать на то, что с усилением симптоматики пациенты перераспределяют свои усилия, уделяя больше внимания рисованию несуществующего животного и меньше - рисованию лица и написанию текста. Рисование несуществующего животного может быть менее структурированным заданием, позволяющим пациентам с более выраженными симптомами выражать свои внутренние переживания. Рисование лица и написание текста могут требовать больше когнитивных ресурсов и структурированного мышления, что может быть затруднено при усилении симптоматики. Увеличение доли рисунка несуществующего животного может быть потенциальным маркером усиления симптоматики. Эти результаты подчеркивают важность рассмотрения не только отдельных заданий, но и их соотношения в общем объеме работы пациента.

Полученные результаты указывают на потенциал использования анализа графической и текстовой продукции для объективной оценки симптоматики шизофрении. Особенно перспективным представляется анализ рисунков лиц, который может быть использован как дополнительный инструмент в клинической практике. Несмотря на полученные значимые результаты, следует отметить некоторые ограничения исследования. Во-первых, выборка пациентов может не в полной мере отражать все варианты течения шизофрении. Во-вторых, не учитывались такие факторы, как длительность заболевания и

текущая медикаментозная терапия, которые могут влиять на выполнение заданий.

Результаты исследования могут быть использованы для разработки новых методов оценки и мониторинга состояния пациентов с шизофренией. Например, анализ рисунков лиц может быть включен в рутинное обследование пациентов как дополнительный объективный показатель. Полученные данные вносят вклад в понимание влияния шизофрении на когнитивные и творческие процессы. Они также поднимают вопросы о связи между различными симптомами шизофрении и специфическими аспектами когнитивного функционирования.

Заключение. Проведенное исследование продемонстрировало потенциал интеграции методов компьютерного зрения и многопараметрического анализа в оценку симптоматики шизофрении. Количественный анализ графической и текстовой продукции пациентов с шизофренией и здоровых испытуемых выявил значимые различия между группами и корреляции с оценками по шкале PANSS. Полученные результаты открывают возможности для создания новых, объективных методов оценки и мониторинга состояния пациентов с шизофренией, основанных на анализе их графической и текстовой продукции. В целом, данное исследование демонстрирует перспективность применения методов компьютерного зрения и многопараметрического анализа в психиатрической диагностике.

Полученные результаты могут послужить основой для разработки новых, лучше измеряемых, менее субъективных и, вероятно, более чувствительных инструментов оценки симптоматики шизофрении, что потенциально может улучшить диагностику и мониторинг течения заболевания. Такой подход подчеркивает глобальный характер психических нарушений при шизофрении, они затрагивают все её сферы и отражаются на всех аспектах психической деятельности и жизни, включая вербализацию в целом, а также на любой деятельности. Эти инструменты позволяют выделить симптоматику, ранее не

входившую в классический перечень симптомов при шизофрении. Эти инструменты в перспективе, при дальнейшем своём развитии, позволят оценить во всей полноте всю продукцию пациентов – текстовую, поведенческую, вербальную, графическую, в узком смысле психопатологическую и позволяет дать им количественную оценку, не зависящую, или мало зависящую от субъективных факторов.

Исследовательское поле в этой области очень велико, а вот в рамках развития данного исследования было бы интересно изучить, почему анализ отдельных лиц даёт более сильные корреляции.

Рассмотреть возможность создания более сложного индекса на основе характеристик рисунков, который мог бы лучше коррелировать с оценками PANSS.

Изучить качественные аспекты рисунков и текстов, помимо количественных показателей.

Изучить содержательную сторону текстов, а также их лингвистические особенности, провести количественный и сравнительный анализ на основе уже существующих библиотек, к примеру, spaCy, NLTK. Автоматизация этих измерений возможна как с помощью специализированного ПО с жёстким алгоритмом, так и, что представляется куда более перспективным направлением – с помощью методов машинного обучения, из которых для данной задачи могут использоваться свёрточные и трансформерные нейросети.

Литература / References:

1. Васильченко К.Ф., Чумаков Е.М. Современное положение, вызовы и перспективы развития вычислительной психиатрии: нарративный обзор. Consortium Psychiatricum. 2023;4(3): CP11244.

2. Гашкаримов В.Р., Султанова Р.И., Ефремов И.С., Асадуллин А.Р. Использование методов машинного обучения в диагностике и прогнозировании клинических особенностей шизофрении: нарративный обзор литературы. Consortium Psychiatricum. 2023; 4(3): CP11030.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ОБРАЗОВАНИЯ

Бондарева Е. В.

Кафедра общей психологии

*Национальный Университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

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

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

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

Bondareva E. V.

Department of General Psychology

Mirzo Ulugbek National University of Uzbekistan. Republic of Uzbekistan, Tashkent

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

education.

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

Введение. Эмоциональный интеллект привлекает все больше внимания как в научном дискурсе, так и в научно-популярной литературе. Поскольку роль эмоций в процессе адаптации личности к изменяющимся условиям социального окружения чрезвычайно велика, проблема изучения возможностей распознавания эмоций и управления ими является весьма актуальной и представляет большой научный и практический интерес.

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

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

Следующая модель, принадлежащая Р. Бар-Ону, вводит в структуру эмоционального интеллекта преобладающее настроение – счастье, оптимизм [7]. Р. Бар-Он предлагает новый термин – «эмоциональный коэффициент», который возможно измерять аналогично IQ. По Р. Бар-Ону, эмоциональный

интеллект представляет собой ряд когнитивных способностей и компетентность в решении различных жизненных проблем.

В современном понимании эмоционального интеллекта большинство учёных отказались от чисто когнитивной трактовки этого свойства личности. Среди них стоит упомянуть И.Н. Андрееву, для которой эмоциональный интеллект есть совокупность «коммуникативных, эмоциональных, интеллектуальных и регулятивных личностных свойств, содействующих адаптации индивида» [1, С. 104].

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

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

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

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

Для эмпирического исследования эмоционального интеллекта и

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

Гипотезы исследования заключались в том, что:

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

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

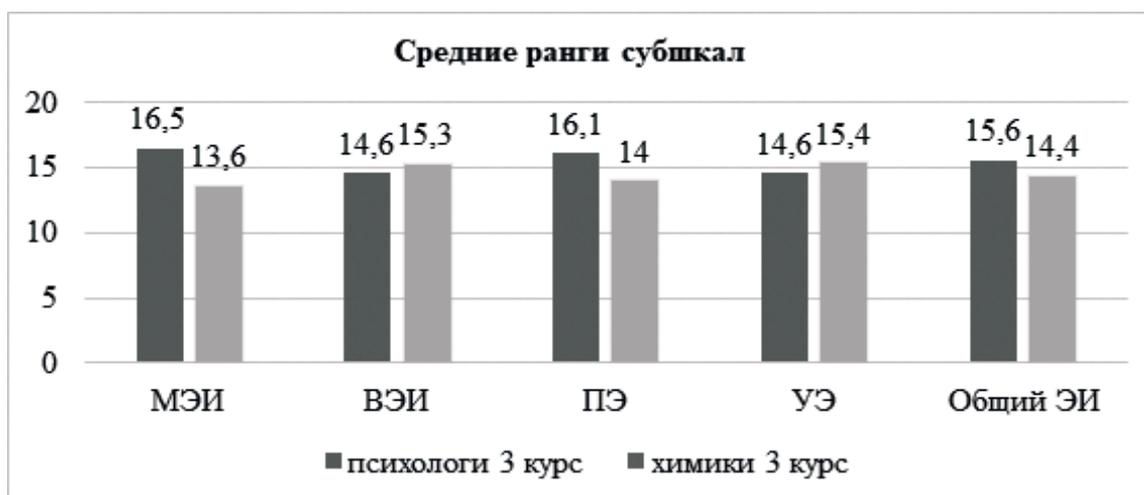


Рис. 1. - Сравнение средних рангов по субшкалам методики Д.В. Люсина для психологов и химиков.

Согласно полученным результатам, у студентов-психологов 3 курса лучше развит межличностный эмоциональный интеллект, понимание эмоций, и

в общем уровне эмоционального интеллекта психологи немного опережают студентов-химиков 3 курса. В свою очередь, у химиков лучше результаты по внутриличностному эмоциональному интеллекту и управлению эмоциями.

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

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

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

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

Как видно на диаграмме, по всем субшкалам, кроме внутриличностного эмоционального интеллекта, третьекурсники значительно превосходят студентов второго курса, особенно в области межличностного эмоционального интеллекта. Данные результаты подтверждают идею о влиянии обучения на личность: улучшается понимание себя и других людей, развиваются навыки

саморегуляции и влияния на эмоциональное состояние партнёра по общению. Таким образом, можно утверждать, что эмоциональный интеллект развивается благодаря вовлечению в релевантную деятельность.

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

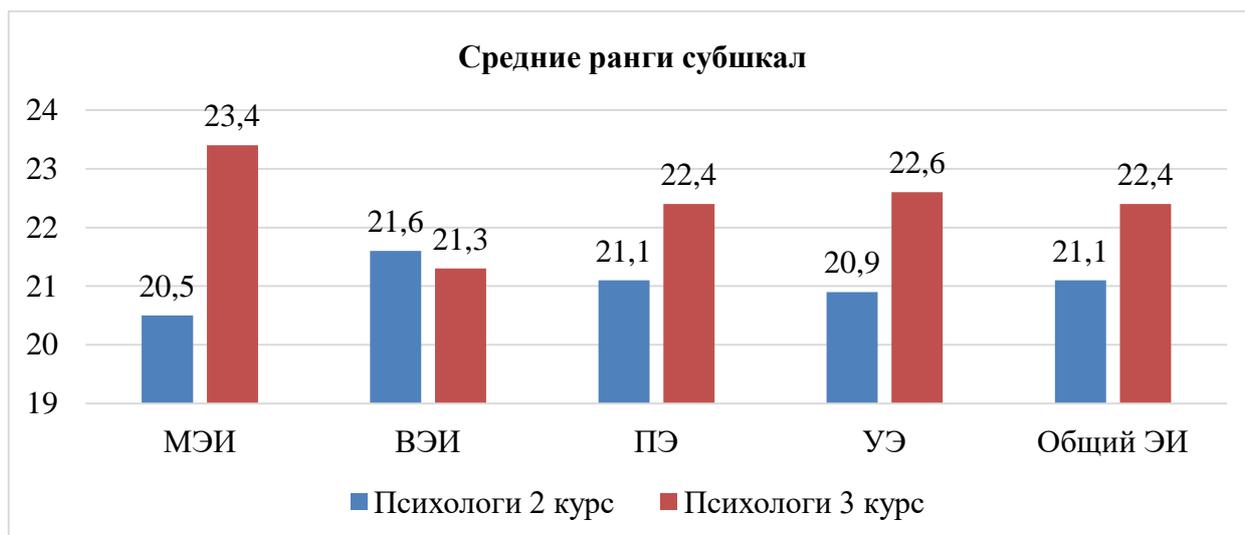


Рис. 2. - Сравнение средних рангов по субшкалам методики Д.В. Люсина для студентов-психологов 2 и 3 курсов.

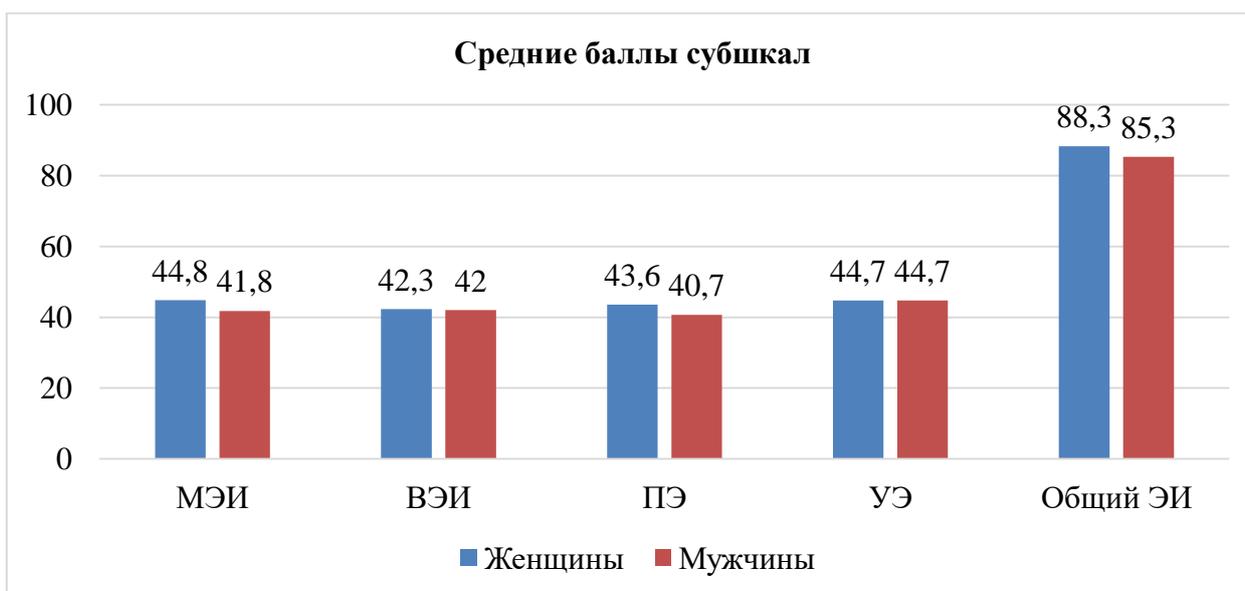


Рис. 3. - Сравнение средних баллов по субшкалам методики Д.В. Люсина для студентов-юношей и девушек.

При исследовании половых различий обнаружилось, что респонденты женского пола, как мы и предполагали, опережают мужчин по всем субшкалам методики, кроме субшкалы «управление эмоциями», где результаты практически одинаковы.

По-видимому, это связано с тем, что во многих культурах поощряется именно женская, но не мужская эмоциональность, вследствие чего женщины лучше понимают свои и чужие эмоции, однако управлять собой мужчины должны столь же хорошо, как и женщины.

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

Литература/ References:

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

5. Манойлова М.А. Развитие эмоционального интеллекта будущих педагогов. Псков: ПГПИ, 2004. 60 с.

6. Мещерякова И.Н. Биологические и социальные предпосылки развития эмоционального интеллекта. // Территория науки. Воронеж. 2008. № 9(10). С. 110-115.

7. Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования / Под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. М.: Институт психологии РАН, 2004. С. 29-36.

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

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ

Бородин А. В., Вострых Д. В., Лопатин А. А., Дубчак Ю. В.

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

Аннотация. В статье представлен метод телесно-ориентированной психотерапии, применяемый пациентам с наркологическими расстройствами на реабилитационном этапе. Проведен анализ положительного воздействия на динамику психоэмоционального состояния.

Ключевые слова: телесно-ориентированная психотерапия, прогрессивная мышечная релаксация.

THE EXPERIENCE OF USING BODY-ORIENTED THERAPY IN TREATMENT AND REHABILITATION PROCESS

Borodin A. V., Vostrykh D. V., Lopatin A. A., Dubchak Yu. V.

Chief physician¹, Deputy Chief Physician²,

Kuzbass Clinical Narcological Dispensary

named after Professor N.P. Kokorina, Russia, Kemerovo

Abstract. The article presents a method of body-oriented psychotherapy used in patients with drug addiction disorders at the rehabilitation stage. The analysis of the positive impact on the dynamics of the psychoemotional state is carried out.

Keywords: body-oriented psychotherapy, progressive muscle relaxation.

В отделение медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами пациенты поступают из наркологического отделения и с первых дней вовлекаются в лечебно-реабилитационный процесс. В настоящее время основным методом лечения зависимостей после терапии острых состояний – является психотерапия. В отделении медицинской реабилитации разработана лечебно-реабилитационная программа «Фламинго», в которой применяются основные методы психотерапевтического и психокоррекционного воздействия:

1. суггестивная психотерапия;
2. когнитивно-поведенческая психотерапия;
3. групповая психотерапия;
4. индивидуальная психотерапия;
5. семейная психотерапия;
6. телесно-ориентированная психотерапия [3, С.7].

Предлагаем вашему вниманию рассмотреть один из психотерапевтических методов воздействия на пациентов с наркологическими расстройствами - метод телесно-ориентированной психотерапии.

Телесно-ориентированной психотерапией называется группа психотерапевтических методов, ориентированных на изучение тела, осознание пациентом телесных ощущений, на исследование того, как потребности, желания и чувства проявляются в различных телесных состояниях, и на обучение реалистическим способам разрешения проблем, используя техники работы с телом. Или иначе – под термином «телесно-ориентированная психотерапия» подразумевается группа психотерапевтических методов,

направленных на исследование болезней посредством работы с телом, с запечатленным в теле переживаниями и внутренними конфликтами индивида.

Пациенты с наркологическими расстройствами подавляют негативные переживания, вытесняют проблемы и неразрешенные конфликты, которые остаются в их теле в виде мышечных «зажимов». Данный метод на этапе реабилитации помогает пациентам не только снять психоэмоциональное напряжение и расслабить мышечные «зажимы», но и в большей степени осознать телесные ощущения и эмоционально отреагировать накопленные чувства [5, С. 331].

Основы теории телесно-ориентированной психотерапии были заложены австрийским психиатром, представителем неопсихоанализа Вильгельмом Райхом. В своей врачебной практике В. Райх предложил различать несколько сегментов мышечных «зажимов», которые возникают вследствие сдерживания эмоциональных реакций. Так же он пришел к выводу, что мышечный и психологический панцирь – одно и то же. Эмоции, заблокированные таким образом, никогда не устраняются, потому что не могут полностью проявиться. Эти блоки (мышечные «зажимы») искажают и разрушают естественные чувства человека [6. С, 156]

На адаптационном этапе в отделение медицинской реабилитации пациентам проводятся экспериментально-психологические исследования, по результатам которых составляется индивидуальный план лечебно-реабилитационных мероприятий. За 2021-2023 годы в отделении завершили курсы медицинской реабилитации 276 человек.

Одним из методов психодиагностического исследования являются психодиагностические методики: опросник типологий психологической защиты или индекс жизненного стиля (ИЖС) (Р. Плутчик в адаптации Л.И. Вассермана, О.Ф. Ерышева, Е.Б. Клубовой и др.), методика диагностики готовности к изменениям в употреблении психоактивных веществ (ПАВ) (SOCRATES), методика диагностики самооценки пациентом влияния болезни

на их социальный статус (Сердюка), клиническая беседа, наблюдение.

На основании полученных данных психодиагностического исследования, у 248 человек (90%) выявлялась высокая напряженность защитных психологических механизмов, преимущественно по типу вытеснения, отрицания, регрессии и компенсации; 220 человек (80%) испытывали выраженные затруднения в дифференциации и вербальных выражений своих переживаний и чувств; у 262 человек (95%) выявлялась высокая интенсивность переживания патологического влечения к психоактивному веществу; 209 человек (76%) имели сниженный уровень критичности к последствиям употребления ПАВ; у 218 человек (79%) отмечалось амбивалентная готовность к изменениям в употреблении ПАВ.

В отделении медицинской реабилитации телесно-ориентированная терапия проводится на групповых психокоррекционных занятиях согласно расписанию, два раза в неделю, в виде 10 сессий подряд по 90 минут каждая, еженедельными занятиями йогой и танцевальными тренингами два раза в неделю. Данное расписание помогает всем пациентам отделения принять участие и включиться в психотерапевтический процесс.

Одним из методов телесно-ориентированной психотерапии, применяемой в отделении медицинской реабилитации является метод Э. Джекобсона. Задачи метода – снижение психоэмоционального напряжения; преодоление интенсивного патологического влечения к ПАВ, формирование навыков саморегуляции, а также снятие мышечного и нервно-психического напряжения [2, С. 250].

Психокоррекционное занятие начинается с опроса пациентов об их актуальном состоянии, чувствах, которые они испытывают на начало тренинговой работы и телесных ощущениях. По нашим наблюдениям, пациенты, находящиеся на адаптационном этапе, в большей степени отмечают трудности в дифференциации своих ощущений и чувств, они более напряжены и испытывают трудности в работе с преодолением влечения к употреблению

ПАВ.

Следующим этапом тренинга является разминочное упражнение: «Броуновское движение», оно позволяет диагностировать актуальное состояние пациента, отражающееся в его движении и взаимодействии с другими участниками группы. Каждый участник тренинга занимает удобное для себя место в пространстве, встает и закрывает глаза. Предлагается прислушаться к своим ощущениям в течение 2-3 минут и затем начать движение по комнате, в любом направлении и с закрытыми глазами. Весь ход упражнения сопровождается побуждением к рефлексии своего состояния (как меняется дыхание, какие ощущения возникают в теле и какие чувства приходят) [4, С. 26].

Основная часть группового тренинга представляет собой упражнение из последовательного напряжения девяти групп мышц, целью которого является достижения переутомления и как естественное следствие физиологии человеческого тела – расслабление в большей степени, чем до начала упражнения.

В своей методике, Э. Джекобсон предлагает задействовать девять основных мышечных групп, для достижения глубокой степени релаксации: 1) кисти и предплечья, 2) плечи, 3) лоб, 4) лоб с надбровьями, нос и щеки, 5) рот, подбородок, передняя шейная область, 6) задняя поверхность шеи, 7) верхняя половина туловища, 8) мышцы, поднимающие ноги, когда пальцы направлены книзу, 9) мышцы, поднимающие ноги, когда пальцы направлены на себя.

Учитывая разную физическую подготовку пациентов, для занятий телесно-ориентированной психотерапией, нами была выбрана модифицированная методика, разработанная психологом когнитивно-поведенческого направления Ковпаком Д.В. В данной методике пациентам предлагается напрягать мышечные группы от 10 секунд до 1 (одной) минуты с последующим естественным постепенным расслаблением и повторять упражнения несколько раз. Пациентам предлагалось:

1. *кисти и предплечья* – сжать кулаки, положив большие пальцы сверху;
2. *верхние мышцы рук* – вдавить локти в спинку стула или пол;
3. *лоб* – поднять брови;
4. *глаза, нос, щеки* – зажмурить глаза, наморщить нос;
5. *рот, подбородок, шея* – осторожно сжать зубы в задней части ротовой полости, сделать перевернутую клоунскую улыбку, опустив книзу уголки губ;
6. *шея и плечи* – вдавить подбородок в область адамова яблока;
7. *срединная часть туловища* – медленно, глубоко вдохнуть, наполняя легкие снизу доверху, отвести лопатки кзади и прогнуть спину;
8. *ноги, передние мышцы* – приподнять ноги на 30 %, положение стопы по горизонтали;
9. *ноги, задняя часть бедра* – приподнять ноги на 30%, положение стопы вертикально.

При выполнении упражнения допускается изменения способа напряжения мышц, и сила напряжения регулируется самим пациентом, избегая острых болевых ощущений, но важно чтобы была ощутима значительная разница между напряжением и расслаблением [2, С. 252].

Завершается занятие групповым обсуждением своих телесных ощущений, чувств, которые испытывали пациенты во время выполнения упражнений. Внимание пациентов заостряется и положительно подкрепляется на значительном изменении своего психоэмоционального состояния в сравнении до и после выполнения упражнений.

Таким образом, применение телесно-ориентированной психотерапии в отделении медицинской реабилитации приводит к позитивным личностным изменениям у пациентов, а именно: снижение интенсивности патологического влечения к ПАВ, высвобождение негативных чувств, стабилизации психоэмоционального состояния. В реабилитационном отделении данная динамика отражается в повышении внутренней мотивации на длительное лечение, преодоление анозогнозии и сопротивления путем снятие

психологических защит (мышечных зажимов). Телесно-ориентированная терапия является уникальным и эффективным способом личностного роста и целостного развития пациентов с наркологическими расстройствами, помогающий связать воедино чувства, разум и телесные ощущения, восстановить утраченные и построить отсутствующие взаимосвязи между ними, создать условия доверительного и полного контакта с самим собой.

Литература/ References:

1. Большой психологический словарь / под. Ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. 3-е изд., доп. СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2006. 672 с.
2. Ковпак Д.В. Страхи, тревоги, фобии. Как от них избавиться? Практическое руководство психотерапевта. СПб.: Наука и Техника, 2014. 288 с.
3. Особенности организации реабилитации наркологических больных в Кемеровской области: методические рекомендации // Н.П. Кокорина, А.А. Лопатин, Т.В. Казанцева, Н.Ф. Лыкова, А.А. Давыдова / под ред. А.М. Селедцова. Кемерово: КГМА, 2006. 64 с.
4. Пилипенко А.В., Соловьева И.А. Зависимые, созависимые и другие трудные клиенты: психологический тренинг. М.: Психотерапия, 2011. 192 с.
5. Психотерапия: учебное пособие / под ред. В.К. Шамрея, В.И. Курпатова. СПб.: СпецЛит, 2012. 496 с.
6. Райх В. Анализ характера / пер. с англ. Е. Поле. М.: Апрель Пресс: ЭКСМО-Пресс, 2000. 528 с.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ «ЗАМЕЩЕНИЕ» НА ПАРАМЕТРЫ АССЕРТИВНОСТИ ЛИЧНОСТИ

Валиуллина Е. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Понятие психологических защит было введено в научный

оборот З. Фрейдом в конце XIX века, а изучение их влияния на различные психические свойства, процессы и состояния является актуальным на сегодняшний день. В работе представлены результаты исследования психологической защиты «замещение» и параметров асертивности личности при помощи психодиагностических методик. Результаты исследования показали, что выраженная психологическая защита «замещение» значительно снижает возможности автономности личности, а сформированная независимость поведения препятствует развитию защитного механизма замещения.

Ключевые слова: психологическая защита, замещение, асертивность, уверенность, решительность, независимость, автономность.

INFLUENCE OF PSYCHOLOGICAL DEFENSE «SUBSTITUTION» ON PARAMETERS OF PERSONALITY'S ASSERTIVENESS

Valiullina E. V.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The concept of psychological defenses was introduced into scientific circulation by S. Freud at the end of the 19th century, and the study of their influence on various mental properties, processes and states is relevant today. The paper presents the results of a study of the psychological defense «substitution» and the parameters of personality assertiveness using psychodiagnostic methods. The results of the study showed that the pronounced psychological defense «substitution» significantly reduces the possibilities of individual autonomy, and the formed independence of behavior prevents the development of the protective mechanism of substitution.

Keywords: psychological protection, substitution, assertiveness, confidence, determination, independence, autonomy.

Введение. В научное поле понятие «психологической защиты» ввел основоположник психоанализа З. Фрейд, который видел ее основное назначение в ослаблении конфликта между бессознательными инстинктивными влечениями, иррациональными импульсами и требованиями, запретами внешней среды. Для описания и классификации психологических защитных механизмов применяют различные подходы: клинический подход предполагает опору на симптоматику нервно-психических расстройств, онтогенетический подход фиксирует время возникновения защитных механизмов в онтогенезе, эволюционно-эмоциональный подход оперирует принципами контроля за базовыми эмоциями, носящими адаптационный характер.

Этим вопросам посвящены работы Ф. В. Бассина, Б. С. Братусь, Ф. Е. Василюка, И. М. Грановской, Е. Л. Доценко, Б. В. Зейгарник, В. Г. Каменской, Ф. Крамера, Р. Плутчика, Е. С. Романовой, В. А. Ташлыкова, А. Фрейд, З. Фрейда и др. В отечественной психологии приоритетную роль в проблематике психологических защит отводят советскому психологу и нейрофизиологу Ф. В. Бассину. Автор относит психологическую защиту к нормальному и широко обнаруживаемому механизму, направленному на «предотвращение расстройства поведения и физиологических процессов, не только при конфликтах сознания и бессознательного, но и при вполне осознаваемых, но аффективно насыщенных установках» [1, с. 78]. В широком смысле, «под психологической защитой понимается особая система стабилизации личности, направленная на ограждение сознания от негативных, травмирующих переживаний, сопровождающихся дискомфортом, тревогой, а также внутренними и внешними конфликтами» [7, с. 934].

Замещение (смещение, транспозиция) – психологическая защита, заключающаяся в бессознательной смене объекта, на который направлены сильные, чаще негативные, агрессивные чувства. Смена объекта обусловлена тревогой и возможностью реальной опасности при проявлении, выражении таких чувств к самому объекту. В классификации замещения выделяют

несколько видов: замещение объекта (когда негативные эмоции вымещаются на другой объект или предмет, не представляющий особой ценности), замещение потребности (замена потребности, приоритетов или ценностей), замещение действий (замена одних действий другими, замена действий словами или слов действиями) [5].

Психологическая защита «замещение» может приобретать активные или пассивные формы в зависимости от уровня социально-психологической адаптации и типа конфликтного поведения. «Люди, обладающие «конфликтным характером», активно и часто конфликтуют, целенаправленно провоцируют разногласия, инициируют споры, отличаются бытовой несговорчивостью» [3, С. 6]. В качестве эффективного механизма развития социальной адаптации нередко упоминают ассертивность личности. Под ассертивностью понимают «способность человека уверенно и с достоинством отстаивать свои права, не попирая при этом прав других людей» [2]. Ассертивность проявляется спонтанностью поведения, свободным выражением своих чувств, адекватностью и гибкостью реагирования, конструктивным самоутверждением, настойчивостью в межличностной коммуникации.

С целью изучения выраженности психологического защитного механизма «замещение», структурных компонентов ассертивности и их взаимовлияния в молодом и юношеском возрасте было проведено исследование.

Объекты и методы исследования. В исследовании приняли участие 48 юношей и девушек, от 17 до 23 лет (средний возраст респондентов $18,22 \pm 1,18$). В качестве методов исследования применялись – краткий обзор современных публикаций, анализ научной литературы, психологическое тестирование, интерпретация результатов, корреляционный анализ, обобщение полученных данных. Психодиагностика проведена при помощи опросника «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х. Конте и «Теста на ассертивность» В. Каппони, Т. Новак; корреляционный анализ проведен при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r-критерия Спирмена).

Результаты и их обсуждение. Механизмы психологических защит «включаются» при различных психотравмах, стрессах, фрустрации неосознаваемо для человека и помимо его воли. Они приводят к искажению реальной ситуации для человека с целью снижения, ослабления эмоционального напряжения (вызванного этими травмами, стрессами): «травмирующая ситуация не воспринимается, если и воспринимается, то забывается, если и запоминается, то интерпретируется удобным для человека способом» [8, С. 4]. В традиционной классификации психологических защит выделяют примитивные (защиты «низшего порядка») и зрелые защиты (защиты «высшего порядка»).

Первые функционируют на «внешних границах» структуры психики и обеспечивают защиту между собственным «Я» и внешним миром. Вторые – на «внутренних границах», контролируя связи между «Я», «Сверх-Я» и «Оно». К примитивным психологическим защитам относят отрицание, проекцию, интроекцию, диссоциацию, всемогущий контроль и т.д. К зрелым психологическим защитам относят сублимацию, вытеснение, регрессию, реактивные образования и т.д., замещение, также относят к зрелым психологическим защитами.

Методика Р. Плутчика и соавт. позволяет изучить некоторые свойственные личности психологические защитные механизмы (отрицание, регрессия, вытеснение, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивные образования) и степень их выраженности. Для реализации цели исследования в работе были учтены только показатели шкалы «замещение» (среднее значение $3,19 \pm 1,98$).

Согласно интерпретации методики, значения общей напряженности защиты, превышающие 50%-рубеж фиксируют существующие у личности, но неразрешенные в настоящий момент внутренние и/или внешние конфликты. Показатели психологической защиты замещения опрошенных юношей и девушек (31,9%) свидетельствуют о нормативных значениях напряженности.

Действие психологической защиты «замещение» связано с разрядкой подавленных эмоций и чувств (гнева, ярости, враждебности, агрессии, ненависти), которые смещаются на более доступный и/или менее опасный объект, чем тот, который эти эмоции и чувства вызвал.

«Замещение часто можно наблюдать, когда люди проявляют необоснованную агрессию к случайным людям и как-то ещё снимают свое эмоциональное напряжение за счет тех, кто к нему отношения не имеет. При этом проблема не решается и человек не адаптируется к стимулу, вызвавшему сильные негативные эмоции» [6]. Способность отражать интенсивность, качество и содержание собственных эмоций характеризует такое психологическое свойство как эмоциональность. «Низкий показатель эмоционального реагирования еще не свидетельствует об отсутствии самих эмоций, проявление эмоций может сдерживаться или подавляться, приводя к накоплению внутреннего раздражения и формированию различных психологических защит: изоляции, сублимации, замещению» [4, С. 377].

Методика В. Каппони и соавт. предназначена для изучения структурных компонентов ассертивности личности: уверенности, решительности и независимости, автономности, достоверность результатов фиксирует шкала «социальной желательности». Шкала социальной желательности ($3,12 \pm 1,16$) отражает искренность ответов респондентов. В работах D. L. Paulhus et al. отмечается, что такая тенденция может носить моралистический характер и показывать преувеличенное желание индивида «видеть себя хорошим человеком, неизменно следующим социальным нормам и избегающим антиобщественного поведения» [10, р. 1038].

Шкала независимость, автономность ($3,38 \pm 1,94$) характеризует поведенческую и когнитивную сторону общения, выражается в самостоятельности мышления и принятии самостоятельных решений, умении критично воспринимать информацию, не зависеть от мнения группы, активно отстаивать свою точку зрения. Высоким уровнем параметра обладают лишь

16% респондентов, 20% имеют средний уровень, а более половины опрошенных молодых людей (64%) показали низкий уровень независимости, автономности. Такие результаты могут выявлять пассивный стиль ассертивного поведения, когда индивид не проявляет активности в отстаивании своих интересов, пассивно подчиняется групповым нормам, старается избегать конфликтных ситуаций, в межличностном общении использует стереотипы и установки.

Шкала уверенность, решительность ($6,41 \pm 0,87$) показывает мотивационную и волевою сторону процесса общения, проявляется в активности и целенаправленности коммуникации, способности быстро и эффективно решать возможные трудности межличностного взаимодействия, избегая манипулятивных стратегий в общении. Низким уровнем параметра обладают 18% опрошенных юношей и девушек, 42% из них имеют средний уровень, у 40% выявлен высокий уровень уверенности, решительности. Подобные результаты отражают высокую активность и инициативность социального взаимодействия, достаточную веру молодых людей в себя, прямолинейное общение при необходимом уровне уважения к собеседнику.

И. Г. Малкина-Пых строит всю теорию ассертивности на «базисном чувстве уверенности», которое выражается в способности руководствоваться в принятии решений своим «внутренним знанием» и не ориентироваться на то, что могут сказать другие, не ориентироваться на одобрение или неодобрение окружающих [9].

Корреляционный анализ был проведен при помощи г-критерия Спирмена. Между параметрами «замещение» и «уверенность, решительность» значимой корреляционной связи выявлено не было ($r = - 0,232$). Значимая положительная корреляция (при $p \leq 0,01$) была получена между параметрами «замещение» и шкалой «социальной желательности» теста на ассертивность ($r = 0,767$). Шкала «социальной желательности» позволяет сделать предположение о достоверности результатов тестирования и часто сама может выступать в роли

психологической защиты.

Проведенный анализ показал наличие значимой отрицательной корреляционной связи (при $p \leq 0,01$) между параметрами «замещение» и шкалой «независимость, автономность» ($r = - 0,563$). Сформированные механизмы психозащиты замещения способствуют снижению показателей независимости, автономности в аспекте асертивности личности.

Заключение. Механизмы психологической защиты представляют собой особую систему стабилизации психического состояния человека, они функционируют в его практически ежедневном опыте, автоматизированы и непосредственно скрыты от сознания. В классификации психологических защит принято выделять примитивные (действуют в пределах границ «Я» и внешнего мира, оказывая тотальное влияние на мысли, поведение и эмоции человека) и зрелые формы (действуют на границах «Я», «Оно» и «Сверх-Я», избирательно влияют на мысли, эмоции, поведение). Замещение – психологическая защита «зрелой формы», проявляется переадресацией негативных эмоций, агрессивных поведенческих реакций с одного объекта на другой, более доступный, безопасный, с целью снятия психологического напряжения и обретения внутреннего эмоционального равновесия.

Внутреннее эмоциональное равновесие является одной из функций асертивности личности. Под асертивностью понимают психологическое свойство, заключающееся в независимости личности от внешних оценок, внешних влияний, при полной личной ответственности за свои поступки и поведение, при этом, не попирая прав и свобод других людей. Структурными компонентами асертивности выступают уверенность, решительность и автономность, независимость, которые призваны обеспечить самостоятельность в принятии любых решений, целенаправленность деятельности и поведения. Уверенность, решительность проявляется в личной позиции на уровне установки и по отношению к другим, и по отношению к себе, и по отношению к ситуации, обеспечивая индивиду уверенное асертивное поведение.

Обратная зависимость психологической защиты замещение и свойств автономности, независимости свидетельствует о том, что при сформированном ассертивном поведении с выраженной независимостью необходимость в смещении проявления своих эмоций и направлении их на другой объект значительно снижается. Напротив, наличие психологической защиты замещения препятствует формированию независимости поведения и автономности личности.

Литература/References:

1. Бассин Ф. В., Бурлакова М. К., Волков В. Н. Проблема психологической защиты // Психологический журнал. 1988. Т. 9. № 3. С. 78-86.
2. Большой психологический словарь / Под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. М.: АСТ, 2008. 617 с.
3. Валиуллина Е. В. Взаимосвязь конфликтоустойчивости и фрустрации личности // Вестник психологии и педагогики Алтайского государственного университета. 2020. № 1. С. 1-9.
4. Валиуллина Е. В. Исследование кризисов профессионального самоопределения у студентов медицинского вуза // Современные проблемы науки и образования. 2012. №3. С. 377.
5. Замещение в психологии как способ защиты. Доступно по: <https://blog.wikium.ru/zameshhenie-v-psihologii-kak-sposob-zashhity.html> Ссылка активна на 26.07.2024.
6. Защитные механизмы психики и психодиагностика «Индекс жизненного стиля». Доступно по: <https://4brain.ru/blog/zaschitnye-mehanizmy-psihiki/> Ссылка активна на 26.08.2024.
7. Косолапова К. Н., Колупаева Ю. А., Петушкова О. А. Теоретические аспекты исследования механизмов психологических защит // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2016. Т. 17. С. 934-939.
8. Крот А. Ф. Механизмы психологической защиты. Минск: БГМУ, 2015. 22 с.

9. Малкина-Пых И. Р. Психология поведения жертвы // Справочник практического психолога. Москва, 2006. С. 422-423.

10. Paulhus D. L., John O. P. Egoistic and moralistic biases in self-perception: The interplay of self-deceptive styles with basic traits and motives // Journal of Personality. 1998. Vol. 66. № 6. P. 1025-1060.

**ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
И РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПРИВЯЗАННОСТИ.**

Василенко М. А.

*Кафедра психиатрии и психосоматики
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Курск*

Аннотация. В настоящей статье мы хотим осветить некоторые аспекты теории привязанности Д. Боулби, применительно к детям с ограниченными возможностями здоровья, в частности, с олигофренией (легкой степени) и задержкой психического развития, обозначить возможности адаптации и социализации таких детей в обществе, а также предложить направления возможной профилактики.

Ключевые слова: задержка психического развития, олигофрения, привязанность, когнитивное развитие, ограниченные возможности здоровья.

**PECULIARITIES OF COGNITIVE DEVELOPMENT
IN CHILDREN WITH DISABILITIES
AND DIFFERENT TYPES OF ATTACHMENT.**

Vasilenko M. A.

*Department of Psychiatry and Psychosomatics
Kursk State Medical University, Kursk, Russia*

Abstract. In this article we want to highlight some aspects of D. Bowlby's attachment theory in relation to children with disabilities, in particular, with

oligophrenia (mild degree) and mental retardation, to outline the possibilities of adaptation and socialization of such children in society, as well as to offer directions for possible prevention.

Keywords: mental retardation, oligophrenia, attachment, cognitive development, disability.

Введение. Исследования особенностей привязанности ребенка к матери и влияние типа привязанности на адаптацию и социализацию в различных возрастных периодах существенно растут в настоящее время, что указывает на интерес общества и науки к этой области знания.

Д. Боулби определяет привязанность, как особый вид эмоциональной связи, возникающей между матерью и младенцем в первые годы его жизни [1]. В современных исследованиях мы замечаем, что акцент при исследовании привязанности смещается в сторону оценки ощущения безопасности, связанной с отношениями, то есть близкий взрослый дает ребенку чувство безопасности, которое в свою очередь становится основой для исследовательской деятельности ребенка, в которой он и развивается. Но поскольку чувство безопасности – это субъективное ощущение, сложно поддающееся описанию, особенно детьми и подростками, то мы можем лишь опосредованно судить о его наличии или отсутствии. Собственно, одним из маркеров наличия безопасности и является уровень психоэмоционального развития у детей. Поскольку, если это чувство отсутствует, то ребенок занят процессом создания безопасности для себя путем конструирования и выполнения различных ритуалов, контроля окружающей действительности, которая выражена повышенным уровнем тревоги [5].

Примерно к возрасту 2 -х лет привязанность становится достаточно устойчивым образованием психической жизни ребенка, которая особенно быстро активизируется в условиях стресса или психоэмоционального напряжения. Формируется привязанность под влиянием различных факторов,

но определяющее значение имеют поведение матери, направленное младенцу, некоторые особенности ее личности (например, уверенность в себе и способность к самоактуализации), поведение ребенка, которое он демонстрирует в ответ на сигналы, посылаемые матерью, собственное поведение ребенка, направленное на привлечение внимания матери и то особое пространство, которое формируется в это время в процессе взаимодействия между ними [2].

Таким образом, мы понимаем, что формирование привязанности в отношениях – это обоюдный процесс посылания и принятия сигнала или стимула от каждого и каждому из партнеров по общению в пределах некоторого пространства или поля, если обращаться к терминологии К.Левина [4]. Соответственно, в случае адекватной оценки и ответе на стимулы от каждого из партнеров по взаимодействию и общению, формируется надежный тип привязанности. Если же один из партнеров или оба не могут адекватно принимать, посылать, реагировать на сигналы другого формируется ненадежный тип привязанности.

Это одновременно обозначает и то, что несмотря на усилия одного из партнеров, другой, в силу различных обстоятельств (послеродовая депрессия у матерей, задержки развития у детей и прочие причины) может быть не готов принимать сигналы другого или не реагировать на них должным, ожидаемым образом. Следовательно, процесс формирования привязанности довольно сложен и на его формирование оказывает влияние огромное количество внешних и внутренних переменных. В качестве одной из таких переменных нами было рассмотрено наличие ограниченных возможностей здоровья.

Под ограниченными возможностями здоровья мы понимаем людей, имеющих недостатки в физическом и (или) психическом развитии, имеющие существенные отклонения от нормального развития психической и физической сфер, которые вызваны серьезными дефектами врожденного или приобретенного характера, и нуждающиеся в специальных условиях обучения

и воспитания. Таким образом, к группе детей с ОВЗ относятся дети, состояние здоровья которых препятствует освоению ими всех или отдельных разделов образовательной школы вне специальных условий воспитания и обучения [3].

В настоящем пилотном исследовании мы не акцентировали свое внимание на конкретных особенностях, несущих ограничения здоровья, сконцентрировавшись на группе детей с психическим расстройством. Ранее нами были проведены исследования в этой области знаний в рамках написания научной работы на соискание ученой степени. Эти исследования продолжены в рамках молодежной науки, они углублены и расширены для разностороннего изучения феномена привязанности в популяции не только здоровых детей, но и детей с ограниченными возможностями здоровья.

Учитывая тот факт, что особенности когнитивного развития детей во многом определяют их возможности к адаптации, нам было интересно исследовать эту область с точки зрения протективности надежной привязанности ребенка к матери у детей с ограниченными возможностями здоровья.

Мы использовали следующие методы: структурированное интервью, беседа, наблюдение, психодиагностические методики (Шкала К. Кернс для определения надежности привязанности ребенка к родителям, классические патопсихологические методы исследования психических процессов А.Р. Лурия, Л.С. Выготского, Б.В. Зейгарник), архивные методы (анализ медицинской документации), проективные методы («Рисунок несуществующего животного»), статистические методы анализа данных.

В исследовании когнитивного развития мы обратили внимание на такие особенности развития ВПФ (высших психических функций), как восприятие, сконцентрировавшись на характеристике фрагментарности - интровертированности, внимание, а конкретно его истощаемость и устойчивость, а также память в аспекте ее объема и мышление.

Мы предполагали, что дети с надежным типом привязанности покажут

более высокие результаты развития ВПФ, поскольку чувство безопасности в отношениях дает возможность ребенку активнее исследовать окружающий мир, получая информацию от органов чувств и синтезируя ее на доступном ребенку уровне. А также, в контакте с матерью получать обратную связь о сущностном характере предметов и объектов, привлекающих непровольное внимание ребенка, которое, в свою очередь становится основой формирования произвольного внимания.

Результаты и их обсуждение. Исследовав тип привязанности у 35 детей в возрасте от 10 до 17 лет, находившихся на лечении в стационаре дневного пребывания для людей с психическими расстройствами (в исследовании приняли участие дети с задержкой психического развития и умственной отсталостью легкой степени), на базе ОБУЗ «ККПНД им. Пантелеймона Целителя», мы выявили, что 60% детей сформирована надежная привязанность со своими матерями. Это вызывает научный интерес, поскольку в популяции здоровых детей того же возраста уровень надежной привязанности к матери не превышает 38%. (диссер и статья).

Изучив особенности развития ВПФ у детей с различными типами привязанности статистически значимых отличий, мы выявить, не сумели. Еще В. В. Лебединский указывал на то, что внимание у детей с задержкой психического развития почти никогда не бывает нормальным, оно либо быстро ослабевает, либо настолько отвлекаемо, что концентрация становится невозможной.

Однако, проведя качественный анализ различий в выполнении испытуемыми с различными типами привязанности экспериментальных заданий мы можем отметить, что в группе детей с надежным типом привязанности испытуемые проявляют эпизодический интерес к заданиям, редко, но интересуются правильностью выполнения пробы, огорчаются, при ошибках, что может косвенно указывать на зачатки формирования личностного отношения, и, как следствие элементов критичности. Эти дети

демонстрировали фрагментарное, а не интровертированное восприятие, что может свидетельствовать в пользу формирующейся «перспективы жизни», насколько это возможно при наличии ограниченных возможностей здоровья в данной патологии. Также испытуемые с надежной привязанностью способны дольше удерживать произвольное внимание. Эти результаты в целом соотносятся с результатами исследования мышления детей с ограниченными возможностями здоровья с надежной привязанностью к матери: при том, что мышление носит конкретный характер, оно направлено на анализ собственных потребностей, что при хорошем качестве контакта может повлиять на способность к заботе о близком, сочувствию.

Таким образом, мы можем заключить, что наличие надежных безопасных отношений привязанности выступает защитным фактором, позволяющим детям исследовать окружающий мир непосредственно, будучи уверенным в близком взрослом, его защите и постоянстве, при том, что этот взрослый своим примером дает понять, что даже при неблагоприятном стечении обстоятельств можно продолжать жить. Надежность привязанности обеспечивает иное качество жизни, при котором развитие возможно и при наличии ограниченных возможностей здоровья по психическим расстройствам, при этом состояние когнитивных процессов отличается у детей с ОВЗ с надежным типом привязанности от детей с ОВЗ с ненадежным типом привязанности.

Остановившись на проблеме адаптации и социализации детей с ОВЗ в общество необходимо отметить, что очень много уже сделано и это способствует росту толерантности в обществе, но, к сожалению, когда речь идет о психических нарушениях и интеграции людей с этими расстройствами в общество, мы сталкиваемся со страхом, безразличностью, жалостью и неприятием со стороны подавляющего большинства здоровых людей, что приводит к росту напряженности в обществе. Мы считаем, что важно не останавливаться и продолжать политику максимального информирования об особенностях людей с ОВЗ, создание пространства для возможной встречи

здоровых людей и людей с ОВЗ, обеспечение доступности психологической помощи населению и преодолению стигматизации в обществе, повышения самосознания и качества контакта с другими людьми.

Анализируя полученные результаты важным, представляется возможность профилактических мероприятий, осуществляемых на самых ранних этапах жизни детей через опыт взаимодействия с надежным взрослым, который не обязательно является родителем этого ребенка, с целью демонстрации того, что те неблагоприятные условия, в которых возможно, ребенок проживает, не являются обязательными, что есть и иные отношения. Такой опыт в дальнейшем дает возможность выбора взрослому ребенку.

Необходимо формировать у детей, начиная с первых социальных сред (детский сад, школа) хороший контакт с самим собой, понимание своих чувств, ощущение контроля собственной жизни, поскольку, без хорошего контакта с собой установить качественный контакт с другим человеком невозможно. Важно, в данном случае отойти от гендерных стереотипов и ролей, развивая чувства эмпатии, сочувствия, сопереживания, заботы и любви, стремления к самореализации, уверенности в себе без гендерных различий.

Заключение. Профилактика формирования ненадежной привязанности в большей степени заключается в ежедневном качестве контакта с самим собой, значимыми близкими и релевантными группами. Обеспечение психологической поддержки, помощи и координации на всех этапах человеческого бытия с рождения до окончания жизни, будет способствовать росту осознанности личности, родительства, жизни; толерантности, стрессоустойчивости и благополучия в целом.

Литература/ References:

1. Боулби Дж. Привязанность / пер. с англ. М.: Гардарики, 2003. 477с.
2. Василенко М.А. Привязанность ребенка к матери, как фактор ранней социализации. Дис...канд...псих.наук. ФГБОУ ВПО «Курский государственный университет». Курск, 2012. 233 с.

3. Козырева О.А. Анализ дефиниции «лицо с ограниченными возможностями здоровья». // The Newman In Foreign Policy №37 (81), июнь-июль 2017. С. 148 – 151.

4. Курт Левин. Теория поля в социальных науках. Академический проект, 2023. 343 с.

5. Перри Б. Мальчик, которого растили как собаку / Б. Перри, Салавиц М. Москва : Эксмо, 2021. 448 с.

К ВОПРОСУ О ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Вострых Д. В., Рубцова О. С.

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

Аннотация. Дети родителей с психическими расстройствами сами подвергаются повышенному риску заболеть таким заболеванием. Результаты исследования устойчивости и выводы, сделанные на основе опыта работы с заинтересованными лицами и их родственниками, указывают на то, что усиление защитных факторов может снизить этот риск. На основе этого была разработана многофакторная концепция профилактической работы с детьми родителей с психическими расстройствами и их семей. В данной статье освещается практический опыт специалистов наркологического профиля по оказанию медико-психологической помощи родителям, находящимся под угрозой лишения родительских прав в связи с алкогольной или наркотической зависимостью; отражены вопросы межведомственного взаимодействия с органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Ключевые слова: несовершеннолетние, родители, психоактивные вещества, профилактики безнадзорности и правонарушений, межведомственное

взаимодействие.

SECONDARY PREVENTION OF DRUG ADDICTION IN MINORS

Vostrykh D. V., Rubtsova O. S.

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

Abstract. Children of parents with mental disorders are themselves at increased risk of developing such illnesses. Findings from resilience research and lessons learned from working with stakeholders and their families indicate that strengthening protective factors can reduce this risk. Based on this, a multifactorial concept of preventive work with children of parents with mental disorders and their families was developed. This article highlights the practical experience of drug treatment specialists in providing medical and psychological assistance to parents who are under threat of deprivation of parental rights due to alcohol or drug addiction; issues of interdepartmental interaction with bodies and institutions of the system for the prevention of neglect and juvenile delinquency are reflected.

Keywords: minors, parents, psychoactive substances, prevention of neglect and delinquency, interdepartmental interaction.

В Кемеровской области остается актуальным вопросы безнадзорности и преступности среди несовершеннолетних. Согласно информации Главного управления МВД России по Кемеровской области в 2020 году в Кузбассе на 7,7% возросло количество преступлений, совершенных несовершеннолетними, по сравнению с 2021 годом (с 1 399 до 1 507 случаев). Причинами совершения подростками преступлений названы семейное неблагополучие, в том числе употребление родителями спиртных напитков и наркотических средств, а также недостаточное межведомственное взаимодействие учреждений и организаций системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Специалистами региональной наркологической службы с 2015 года разработана и реализуется специальная медико-социальная программа для родителей, находящихся под угрозой лишения родительских прав в связи с алкогольной или наркотической зависимостью «Ребенку Кузбасса – достойное детство!», адаптированная к региональным условиям, с применением современных комплексных методов лечения, включающая в себя фармакотерапию и психотерапевтическое сопровождение (далее – Программа).

Данная Программа направлена на оказание помощи неблагополучным семьям, родители в которых страдают алкоголизмом или наркоманией и находятся, в связи с этим, под угрозой лишения родительских прав. Это эффективное направление работы, поскольку позволяет пациентам с наркологическими проблемами достаточно быстро отказаться от приема алкоголя или наркотиков, поддерживать трезвый образ жизни, должным образом исполнять свои обязанности по воспитанию своих детей.

Помимо оказания помощи зависимым от алкоголя или наркотиков родителям, Программа включает в себя специальную образовательную часть, в ходе которой регулярно проводятся обучающие семинары для специалистов и сотрудников заинтересованных учреждений, организаций и ведомств системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних («организаций-партнеров»), среди которых – подразделения полиции по делам несовершеннолетних, по выявлению лиц, страдающих зависимостью от алкоголя или наркотиков, и по принципам мотивации их к прохождению лечения и реабилитации.

В ходе реализации Программы специалистами наркологической службы отмечаются формальное отношение сотрудников подразделений по делам несовершеннолетних отделов полиции к проблеме алкоголизации и наркотизации родителей несовершеннолетних. Имеют место случаи формального предоставления информации о выявленных подростках и их родителях (законных представителях), злоупотребляющих алкоголем или

допускающих употребление наркотических средств, при этом предоставляются неполные данные, которые содержат только фамилию и инициалы пациентов, без указания полных имен и отчеств, дат рождения, адресов регистрации и проживания, номеров телефонов. Кроме того, указанная информация предоставляется несвоевременно, иногда спустя несколько месяцев с момента выявления фактов ненадлежащего исполнения обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов своих детей в связи с употреблением алкоголя или наркотических средств. Такое информирование фактически делает невозможным проведение своевременных и качественных диагностических, профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий пациентам с наркологическими расстройствами.

В дальнейшем, при неявке родителя (родителей) к психиатру-наркологу специалисты наркологической службы информируют об этом отдел полиции, направившей информацию с просьбой оказания содействия в части дополнительного мотивирования таких граждан к обращению за наркологической помощью. Несмотря на это, со стороны правоохранительных органов никакого содействия наркологической службе не оказывается, в связи с чем причины и условия совершения несовершеннолетними детьми таких родителей правонарушений остаются не устраненными.

Аналогичная ситуация складывается при осуществлении взаимодействия подразделений наркологической службы с муниципальными комиссиями по делам несовершеннолетних и защиты их прав.

Во всех муниципальных образованиях, в каждом районе крупных городов врачи психиатры-наркологи входят в состав комиссий. На заседаниях комиссий врачами психиатрами-наркологами совместно со специалистами центров помощи семье и детям, инспекторами отделов полиции по делам несовершеннолетних, секретарями комиссий проводятся беседы с родителями об организации досуговых занятий несовершеннолетних, о недопущении жестокого обращения с детьми, об ответственности за воспитание

несовершеннолетних, о способах выхода из конфликтной ситуации и необходимости тщательного контроля поведения и поступков несовершеннолетних.

Родители, злоупотребляющие алкоголем или замеченные в употреблении наркотических средств и привлеченные по статье 5.35 КРФобАП за неисполнение ненадлежащим образом своих обязанностей по содержанию и воспитанию детей, в ходе заседаний комиссий также направляются к психиатрам-наркологам для проведения им консультативных и, при необходимости, лечебно-реабилитационных мероприятий.

Значительная часть выявленных родителей уклоняются от вмененной комиссией обязанности обращения за медицинской помощью к врачам психиатрам-наркологам, тем самым сохраняются причины и условия совершения несовершеннолетними детьми таких родителей правонарушений. Поддержки и содействия специалистам наркологической службы со стороны комиссий также не оказывается, несмотря на имеющиеся полномочия. В результате наблюдается повторное привлечение родителей к административной ответственности (до 40% случаев), что подтверждает недостаточное межведомственное взаимодействие учреждений и организаций системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних [2].

Согласно требованиям статьи 12 Федерального закона от 07.02.2011 № 3-ФЗ «О полиции», сотрудники полиции обязаны выявлять причины преступлений и административных правонарушений и условия, способствующие их совершению, принимать в пределах своих полномочий меры по их устранению (пункт 4) и участвовать совместно с органами здравоохранения в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в наблюдении за лицами, страдающими психическими расстройствами, больными алкоголизмом или наркоманией и представляющими опасность для окружающих, в целях предупреждения совершения ими преступлений и административных правонарушений (пункт

35).

В соответствии с требованиями Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (пункт 1 статьи 4) в систему профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних входят комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, органы управления социальной защитой населения, федеральные органы государственной власти и органы государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие государственное управление в сфере образования, и органы местного самоуправления, осуществляющие управление в сфере образования, органы опеки и попечительства, органы по делам молодежи, органы управления здравоохранением, органы службы занятости, органы внутренних дел, учреждения уголовно-исполнительной системы (следственные изоляторы, воспитательные колонии и уголовно-исполнительные инспекции), а согласно пункту 20 этого же закона органы внутренних дел в пределах своей компетенции осуществляют деятельность по предупреждению правонарушений несовершеннолетних в соответствии с законодательством Российской Федерации [1].

В соответствии с подпунктом 1 пункта 2 статьи 11 Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав в пределах своей компетенции обеспечивают осуществление мер по защите и восстановлению прав и законных интересов несовершеннолетних, защите их от всех форм дискриминации, физического или психического насилия, оскорбления, грубого обращения, сексуальной и иной эксплуатации, выявлению и устранению причин и условий, способствующих безнадзорности, беспризорности, правонарушениям и антиобщественным действиям несовершеннолетних; а в соответствии с подпунктом 5 этого же пункта – применяют меры воздействия в отношении несовершеннолетних, их родителей или иных законных представителей в случаях и порядке, которые

предусмотрены законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

Согласно статье 15 Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ:

1. общая профилактика правонарушений направлена на выявление и устранение причин, порождающих правонарушения, и условий, способствующих совершению правонарушений или облегчающих их совершение, а также на повышение уровня правовой грамотности и развитие правосознания граждан;

2. индивидуальная профилактика правонарушений направлена на оказание воспитательного воздействия на лиц, указанных в части 2 статьи 24 настоящего Федерального закона, на устранение факторов, отрицательно влияющих на их поведение, а также на оказание помощи лицам, пострадавшим от правонарушений или подверженным риску стать таковыми. Индивидуальная профилактика правонарушений может осуществляться с применением специальных мер профилактики правонарушений.

Таким образом, во исполнение указанных нормативных правовых актов, у комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, а также у органов внутренних дел, как участников системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, имеются достаточные полномочия для оказания наркологической службе эффективного содействия в части мотивирования родителей (законных представителей), имеющих несовершеннолетних детей, и страдающих наркологическими расстройствами, к обращению за необходимой наркологической помощью.

В настоящее время специалистами наркологической службы Кузбасса с органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних разрабатываются алгоритмы межведомственного взаимодействия в части повышения эффективности проводимых профилактических мероприятий с родителями, страдающими алкогольной или наркотической зависимостью, и ненадлежащим образом

исполняющими обязанности по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов своих несовершеннолетних детей.

Литература/ References:

1. Федеральный закон от 24 июня 1999 г. N 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (с изменениями и дополнениями). Электронный ресурс. – URL.: <https://base.garant.ru/12116087/?ysclid=lt034ymh6u456834873>

2. Любовский В.И. Специальная психология / В.И. Любовский, Е.М. Мастюкова [и др.]; под ред. В.И. Любовского. М.: Академия, 2016.

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

Воеводин И. В.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, Россия, г. Томск

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

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

Исследование проводилось в соответствии с Картой стандартизованного описания больного, разработанной в НИИ психического здоровья, с включением тестового инструментария для оценки социально-психологической адаптации и качества жизни, а также тревожно-депрессивной симптоматики.

Клинические проявления как невротических расстройств, так и постабстинентного состояния при алкогольной зависимости, оценивались с помощью включенной в карту квантифицированной шкалы оценки симптомов.

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

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

Пациенты с алкогольной зависимостью при наличии коморбидной невротической патологии отмечали неуравновешенные черты характера в детском возрасте (тормозимые в 36,8% случаев vs. 9,1% у пациентов без коморбидности; возбудимые в 21,1% случаев vs. 0,0%, $\chi^2=7,1$; $df=2$; $p=0,0288$).

При сопоставимом уровне посещения детского дошкольного учреждения, пациенты с коморбидным диагнозом реже отмечают положительное отношение к нему (26,3% vs. 72,7%) и чаще – отрицательное (31,6% vs. 0,0%) либо нейтральное (26,3% vs. 9,1%), $\chi^2=9,5$; $df=2$; $p=0,0088$. У данных пациентов в анамнезе повышена частота встречаемости фактов отчисления из учебного заведения (52,6% vs. 9,1%, $\chi^2=6,4$; $df=2$; $p=0,0413$) и перенесенных в подростковом возрасте хронических психотравмирующих ситуаций (47,4% vs. 9,1%, $\chi^2=4,6$; $df=1$; $p=0,0321$).

Во всех наблюдаемых случаях при наличии коморбидности у пациентов

имелись актуальные хронические психотравмы (без наличия коморбидности – в 63,7% случаев), при этом уровень оценки травм как высоко субъективно значимых достигал 78,9% (vs. 45,5%, $\chi^2=8,1$; $df=2$; $p=0,0173$). Группа пациентов с наличием высшего образования отличалась большей распространенностью двойного диагноза – 55,3% при 24,1% в группе пациентов со средним образованием ($\chi^2=8,2$; $df=1$; $p=0,00426$).

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

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

Пациенты с невротическими расстройствами, имеющие коморбидные аддиктивные состояния, чаще были мужского пола (63,6% случаев vs. 20,0% при отсутствии коморбидности, $\chi^2=8,5$; $df=1$; $p=0,0034$), с утраченным профессиональным статусом (54,5% vs. 8,0%, $\chi^2=11,4$; $df=2$; $p=0,0022$) и неудовлетворенностью выбранной профессией (54,5% vs. 12,0%, $\chi^2=10,9$; $df=2$; $p=0,0101$), анамнестическими сведениями о низкой академической успеваемости (81,8% vs. 50,0%, $\chi^2=4,0$; $df=1$; $p=0,0451$) и нарушениях дисциплины в учебном заведении (63,6% vs. 20,0%, $\chi^2=8,5$; $df=1$; $p=0,0034$).

Обобщенные результаты исследования представлены в таблице.

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

Вместе с тем, данная группа отличалась повышенным уровнем общительности со сверстниками (63,6% vs. 22,0%, $\chi^2=10,7$; $df=4$; $p=0,0302$). Микросоциальным характеристикам пациентов с коморбидными аддиктивными состояниями соответствовали выявленные психологические особенности – снижение СПА в сфере «основная деятельность» (при $p=0,0457$), заострение характерологических черт экстраверсии и снижение показателя выраженности черт застенчивости. Статистически достоверных различий в клинических проявлениях невротических расстройств с наличием и отсутствием аддиктивной коморбидности выявлено не было.

Таким образом, при наличии «двойного диагноза» алкогольной зависимости и невротического расстройства можно говорить, с одной стороны, о «количественном утяжелении», о более выраженных факторах риска и

большей тяжести симптомов. С другой стороны, речь идет о приобретении фасадным расстройством (послужившим причиной обращения) черт расстройства коморбидного, то есть о «качественной деформации» состояния, что необходимо учитывать при планировании терапевтической тактики.

**ОКАЗАНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ,
ПРИВЛЕЧЕННЫМ К АДМИНИСТРАТИВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
ЗА ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ИЛИ
ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ БЕЗ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА**

Вострых Д. В., Лопатин А. А., Дементьева Г. С., Юрчак Е. Н.

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

Аннотация. В статье отражены основные направления и проблемные вопросы межведомственного взаимодействия в рамках организации оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» лицам, допускающим употребление наркотических средств и психотропных веществ, при привлечении их к административной ответственности.

Ключевые слова: наркотические средства, административная ответственность, наркологические расстройства, межведомственное взаимодействие.

**PROVISION OF NARCOLOGICAL ASSISTANCE TO PERSONS
BROUGHT TO ADMINISTRATIVE RESPONSIBILITY
FOR THE CONSUMPTION OF NARCOTIC DRUGS OR
PSYCHOTROPIC SUBSTANCES WITHOUT A DOCTOR'S APPOINTMENT**

Vostrykh D. V., Dementieva G. S., Lopatin A. A., Yurchak E. N.

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

Abstract. The article reflects the main directions and problematic issues of interdepartmental interaction within the framework of the organization of medical care in the field of «psychiatry-narcology» to persons who allow the use of narcotic

drugs and psychotropic substances, when bringing them to administrative responsibility.

Keywords: narcotic drugs, administrative responsibility, narcological disorders, interdepartmental interaction.

На сегодняшний день проблема употребления психоактивных веществ не перестает быть одной из наиболее актуальных и представляет значительную угрозу для здоровья населения, экономики, правопорядка и социальной сферы.

В Российской Федерации законодательно определено взаимодействие судебной системы, полиции и наркологической службы в рамках применения административных мер в отношении потребителей наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

Необходимые поправки в статью 4.1 Кодекса об административных правонарушениях Российской Федерации (далее – КРФобАП) были внесены Федеральным законом от 25.11.2013 № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», а порядок контроля был детализирован постановлением Правительства Российской Федерации от 28.05.2014 № 484 «Об утверждении Правил контроля за исполнением лицом возложенной на него судом при назначении административного наказания обязанности пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача».

Важность этих нормативных правовых актов заключается в комплексном подходе к проблеме наркомании, соединяющем правоприменение и социальные инициативы, что, в конечном итоге, должно привести к снижению уровня преступности, связанной с наркотиками.

Отметим, что задачами данных мероприятий является не только наказание, но и восстановление правопорядка через изменение поведения лиц,

которые потребляют наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача.

Во исполнение требований указанных нормативных правовых актов сотрудниками региональной наркологической службы осуществляется ряд мероприятий в части проведения профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации лицам, привлеченных к ответственности по статьям 6.8, 6.9 и 6.9.1 КРФобАП в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача. При обращении таких пациентов, по результатам проведенных профилактических и диагностических мероприятий, им проводятся лечение и медицинская реабилитация с последующим наблюдением у врачей психиатров-наркологов по месту жительства.

Приказом МВД России от 26.02.2018 № 111 утвержден Порядок организации работы в органах внутренних дел Российской Федерации по осуществлению контроля за исполнением лицом возложенной на него судьей при назначении административного наказания обязанности пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ. Данным нормативным документом на органы внутренних дел возлагается контроль исполнения лицами, привлеченными к административной ответственности, вынесенных мировыми судьями постановлений.

Несмотря на это, в процессе сотрудничества и взаимодействия между наркологической службой, мировыми судьями и отделами полиции Кузбасса остается нерешенным вопрос осуществления эффективного контроля исполнения лицами возложенных на них обязанностей прохождения диагностики, профилактических мероприятий, лечения и медицинской реабилитации.

За 2023 год в адрес ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» (далее – ГБУЗ ККНД) поступило 352 копии решений мировых судей в отношении лиц, привлеченных к административной ответственности по статьям 6.8 и 6.9 КРФобАП за хранение или потребление наркотических средств без назначения врача, что значительно больше чем в предыдущие годы (в 2021 и 2022 годах мировыми судьями было направлено 214 и 297 копий решений соответственно).

Мировые судьи в дополнение к административному наказанию продолжают вменять лицам обязанность прохождения у врача психиатра-нарколога только диагностики и профилактических мероприятий (по итогам 2023 года более 27% из всех постановлений), тем самым ограничивая наркологическую службу в возможности оказания пациентам с выявленной наркологической патологией необходимой лечебно-реабилитационной помощи.

Помимо того, что на практике значительная доля из числа лиц, привлеченных к административной ответственности, уклоняются от исполнения возложенной на них мировыми судьями обязанности, за 2023 год поступило 33 копии решений мировых судей в отношении лиц, привлеченных к административной ответственности по статьям 6.8 и 6.9 КРФобАП, согласно которым судом вынесено решение об административном аресте потребителя наркотических средств или вовсе о наложении штрафа без возложения обязанности прохождения диагностики, профилактических мероприятий, лечения от наркотической зависимости и (или) медицинской реабилитации.

Заслуживает внимание тот факт, что далеко не все лица, задержанные сотрудниками полиции в состоянии наркотического опьянения, привлекаются к административной ответственности по статье 6.9 КРФобАП.

Так, например, только в г. Кемерово за 2023 год при проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения по направлению сотрудников полиции состояние опьянения, вызванное наркотическими средствами и психотропными веществами, было установлено у 285 лиц,

а привлечены к административной ответственности с возложением на них обязанности прохождения диагностики, лечения и медицинской реабилитации – всего 17 человек, из которых 10 для исполнения обязанности не явились, о чем сотрудниками ГБУЗ ККНД в отдел по контролю за оборотом наркотиков Управления МВД России по г. Кемерово были направлены соответствующие уведомления.

При этом, в ходе проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения с каждым, у кого установлено состояние опьянения, врачом психиатром-наркологом проводится профилактическая беседа о последствиях употребления наркотических средств с рекомендациями обратиться на консультативный прием к врачу психиатру-наркологу амбулаторного приема для решения вопроса организации в отношении них, при необходимости, диспансерного наблюдения и оказания им лечебно-реабилитационной помощи.

Результаты проведенной диагностики свидетельствуют о том, что практически все лица, привлеченные к административной ответственности в связи с хранением или потреблением наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, страдают наркологическими расстройствами (более 94%) и нуждаются в оказании им специализированной медицинской наркологической помощи.

Между тем, низкая социальная ответственность лиц с наркологическими расстройствами, привлеченных к административной ответственности, связанной с незаконным оборотом наркотических средств, приводит не только к уклонению от исполнения обязанности, но и низкой доле завершивших лечебно-реабилитационный процесс, что сказывается на показателях деятельности наркологической службы и административных органов.

Действенная законодательная база, побуждающая лиц, в отношении которых вынесены постановления мирового суда, к участию в лечебно-реабилитационном процессе отсутствует, поскольку меры наказания по статье

6.9.1 КРФобАП для больных наркотической зависимостью малоэффективны.

Также до настоящего времени отсутствуют административные механизмы воздействия по организации обязательного лечения и медицинской реабилитации лиц, на которых решением суда возложена такая обязанность.

С учетом изначально низкой мотивированности потребителей наркотических средств на ведение трезвого образа жизни и отказ от употребления наркотиков сохраняются сложности при включении их в программы лечения и медицинской реабилитации.

В связи с этим, в целях достижения максимального охвата профилактическими, диагностическими и лечебно-реабилитационными мероприятиями лиц, допускающих потребление наркотических средств без назначения врача и привлеченных к административной ответственности, мировым судьям при вынесении постановлений в отношении привлеченных к административной ответственности необходимо в обязательном порядке на всех лиц возлагать обязанность прохождения не только диагностики, но и лечения от наркотической зависимости и медицинской реабилитации, а территориальным отделам полиции в рамках межведомственного взаимодействия – обеспечить осуществление эффективного контроля исполнения лицами возложенных на них судом обязанностей.

Таким образом, только совместные усилия всех заинтересованных организаций, структур и ведомств могут привести к положительному результату в общей стратегии по снижению уровня потребления наркотиков: с одной стороны, необходимо уменьшить потребительский спрос на наркотические средства, а с другой – усилить контроль за процессом лечения и реабилитации наркозависимых лиц, совершивших правонарушение в сфере незаконного оборота наркотиков.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ
ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
В ОТДЕЛЕНИИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ**

Говорова Г. М., Дарсалия О. В., Зорохович И. И.

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

Аннотация. Целью исследования являлась оценка эффективности психотерапии в комплексном лечении больных бронхиальной астмой (БА) и разработка психотерапевтических схем лечения. Использовались следующие три варианта: неспецифическая десенсибилизация методом нейролингвистического программирования, симптоматическая психотерапия и патогенетическая психотерапия для коррекции психоэмоционального фона. Комплексное лечение было более эффективным, чем медикаментозная терапия без психотерапевтического воздействия, в отношении симптомов нервнопсихического механизма патогенеза БА и клинических признаков при долгосрочном наблюдении. В статье рассмотрены этиология возникновения бронхиальной астмы и психосоматические факторы развития БА.

Ключевые слова: бронхиальная астма (БА), нервно-психический стресс, психотерапия.

**PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOTHERAPEUTIC
COMPREHENSIVE APPROACH IN THE TREATMENT
OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA
IN THE DEPARTMENT OF CRISIS CONDITIONS**

Govorova G. M., Darsalia O. V., Zorohovich I. I.

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

Abstract. The purpose of the study was to evaluate the effectiveness of psychotherapy in the complex treatment of patients with bronchial asthma (BA) and

to develop psychotherapeutic treatment regimens. The following three options were used: nonspecific desensitization using the method of neurolinguistic programming, symptomatic psychotherapy and pathogenetic psychotherapy to correct the psycho-emotional background. Complex treatment was more effective than drug therapy without psychotherapeutic influence in relation to symptoms of the neuropsychiatric mechanism of AD pathogenesis and clinical signs during long-term follow-up. The article discusses the etiology of bronchial asthma and psychosomatic factors in the development of asthma.

Keywords: bronchial asthma (BA), neuropsychic stress, psychotherapy.

Ухудшение окружающей среды и резко возросшее число вредных психологических воздействий привело к увеличению распространенности нервно-психических расстройств и тех соматических заболеваний, в механизмах возникновения которых большую роль играют эмоциональные, то есть психосоматические факторы. В настоящее время признается роль следующих психических факторов в возникновении и развитии психосоматических заболеваний: хронический неконтролируемый стресс, тревога, депрессия, алекситимия, подавленная агрессия. Для некоторых из них выявлены определенные нейрофизиологические и нейромедиаторные корреляты. Рассматриваются так же уровень враждебности и уровень аутоагрессии (или чувство вины).

В современной отечественной и зарубежной литературе широко представлены работы, указывающие на большую частоту нервно-психических расстройств и их роль в развитии и течении бронхиальной астмы. При этом основной акцент делался на изучении феноменологии психических состояний, обусловленных конфликтами, а также психотравмирующих обстоятельств.

Большинство психогенетических концепций бронхиальной астмы, выдвинутых зарубежными авторами, выполнены с психоаналитических позиций. Наиболее интересными из них являются концепции «нуклеарного

конфликта» и «специфического отношения», первая из которых принадлежит Ф. Александер, а вторая Н. Миллера.

Авторы указывают на то, что корни развития защитно-приспособительного значения симптома бронхоспазма заключается в особенности ранних отношений матери и больного ребёнка. В нашей культуре такие отношения можно назвать «люблю и ненавижу», когда при сближении отношений мать чувствует раздражение и чувство вины за него, а ребёнок – материнское негодование и отчуждение. Это порождает страх и тревогу, а открытое проявление чувств запрещается матерью («не плачь, перестань кричать») и связано с опасением оттолкнуть её. Блокирование вербального канала коммуникации компенсаторно вызывает развитие телесных коммуникабельных связей, к которым относится и стремление получить одобрение и тёплое отношение матери посредством астматических симптомов.

В дальнейшем эти симптомы становятся для астматика способом манипулирования лицами значительного окружения, а для семей с «тлеющим» невротическим конфликтом, от решения которого они уходят в силу своих невротических черт, способом сохранения семейного «гомеостаза». Физиологический смысл бронхоспазма в результате увеличения уровня тревоги авторы видели в её защитном значении. Они считали, что бронхоспазм – это реакция защиты от угрожающего агента, и такое же значение, но уже с включением более высоких уровней реагирования, несёт в себе симптом тревоги.

Физиологический конфликт при бронхиальной астме имеет своё продолжение в психологическом конфликте, в эмоциональной жизни многих астматиков. Известно, что материнское отвержение играет центральную роль в возникновении нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы. Установлено, что в ряде случаев материнское отвержение не только предшествовало заболеванию ребёнка, но оно предшествовало и его рождению. Причины её отвержения проистекают из её собственной эмоциональной

незрелости, неразрешённых проблем, имевших место в её детстве.

Высказывается мнение о том, что бронхиальная астма является своеобразной формой адаптации человека к окружающей среде. При этом в фокусе внимания оказываются как особенности личности больных, условия их воспитания в родительских семьях, так и их собственные семья и характер взаимоотношений в них, оказывающие влияние на развитие и течение астматических симптомов. Под микросоциальной средой при этом понимается и семейная, и производственная, а также любая другая среда, в которой астматический симптом может быть использован в качестве патологической адаптации. Для родительских семей больных бронхиальной астмой с нервно-психическим механизмом патогенеза характерно преобладание ригидной иерархизированной структуры.

Родители больных часто обладают контрастными личностными чертами, обуславливающими и их семейные позиции; выражено доминирующая роль властной матери, принимающей большую часть семейных решений, сочетается с зависимо-подчинённой позицией отца. Подобная инертность, негибкость правил функционирования семьи обуславливает пониженную толерантность семьи к стрессам, особенно в кризисных ситуациях, требующих разумного изменения семейного функционирования, пересмотра семейных ролей, прав и обязанностей членов семьи. Согласно клинко-психологическим исследованиям, в поддержании этого ригидного стереотипа взаимодействия в семьях важная роль принадлежит астматическим симптомам больного, особенно провоцируемым по шунтовому механизму. С другой стороны.

Подобный стереотип избегания конфронтации с конфликтами, поддержанием которого является условием реализации привычных форм психологической защиты членов семьи, способствует частому проявлению астматических симптомов, хронизации заболевания.

О нервно-психическом механизме патогенеза бронхиальной астмы говорят в том случае, когда нервно-психические факторы способствуют

провокации и фиксации астматических симптомов, тесно вплетаются в патогенез заболевания, приводят к усугублению биологического дефекта. Выделяют четыре варианта нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы: невротеноподобный, истероподобный, психостеноподобный, смешанный (шунтовой).

Для каждого варианта свойственны внутри- и межличностные невротические конфликты. Внешние проявления зависят от личностных особенностей пациентов, варианта поведения, которое санкционируется в данной микросоциальной среде и служит целям адаптации пациентов. Начало формирования нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы наблюдается и у больных в состоянии преаастмы.

При сочетании актуализации невротического конфликта и обострения респираторной патологии психоэмоциональное напряжение канализируется по соматическому пути. И хотя на окружающих ещё не производит должного «впечатления» дыхательный дискомфорт, хрипы, надсадный кашель, но уже формируется обстановка повышенного внимания, заботы и исключительности роли больного, столь желаемые инфантильными, зависимыми, но с высоким уровнем притязаний к окружению, истероидами.

Личностные особенности и невротические нарушения, а также неадекватные личностные реакции на заболевание (тревожно-депрессивные, фобические, анозогностические, псевдоанозогностические истерические, ипохондрические) определяют деструктивные формы поведения больных, которые затем трансформируются в поведенческие стереотипы, облегчающие развитие астматических симптомов по нервно-психическому механизму.

С учетом актуальности комплексного лечения данного заболевания в отделении кризисных состояний было пролечено 18 пациентов, женщины в возрасте от 28 до 64 лет. Для оценки психического состояния и выявления личностных особенностей больных перед началом лечения проводилась психодиагностическое обследование. Были применены следующие методики

психодиагностики:

1. Опросник ММРІ, с целью оценки психического состояния, реагирования на стрессовую ситуацию и понимания личностных основ клинического синдрома.

2. Личностный опросник Бехтеровского института (ЛОБИ) который дает оценку степени влияния болезни на личностный статус больного бронхиальной астмой, исходя из понимания того, что углубление негативной установки на болезнь затрудняет проведение психотерапии.

3. Метод диагностики межличностных отношений (ДМО), который представляет собой модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири. Методика позволяет описывать особенности психосоциального реагирования исходя из психофизиологических особенностей личности больного бронхиальной астмой.

У пациентов с бронхиальной астмой, находящихся на лечении в ОКС, преобладали высокие показатели 1-й шкалы, 2, 3 и 7 шкал. Показатели 1 шкалы в структуре невротической триады свидетельствовали о наличии механизма защиты по типу «бегства в болезнь», при этом болезнь являлась ширмой, маскирующей стремление переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих - единственным социально приемлемым способом оправдания своей пассивности.

При показателях 1-й шкалы, которые превалировали над 3-й, выявилось пассивное отношение к конфликту, уход от решения проблем, эгоцентричность, маскируемая декларацией гиперсоциальных установок. Эти пациенты, страдали в детстве от недостатка эмоционального тепла со стороны близких, и лишь в периоды, связанные с какой-либо болезнью, их окружали вниманием, что способствовало закреплению механизма, защиты от проблем «бегством в болезнь». Наличие такого механизма защиты, свидетельствует об эмоциональной незрелости, что особенно явно в структуре переживаний невротической личности, когда компенсирующая роль защитного механизма

перерастает в устойчивый неконструктивный стиль переживания, снижающий уровень свободноплавающей тревоги, но оставляющий достаточно выраженной эмоциональную напряженность.

В поведении пациентов данного типа борьба с болезнью трансформировалась, по сути дела, в борьбу за право считаться больным, так как статус больного для них (как правило - неосознанно) представляет собой нечто вроде алиби по отношению к чувству вины за недостаточную социальную активность. Отсюда нередко возникающее отношение к своему заболеванию, т. е. стремление быть более социально защищенным и поддерживаемым в качестве хронически больного со стороны различных общественных институтов (лечебных, профсоюзных, социального обеспечения) или членов семьи.

Повышение по 2-й шкале выявляло подавленность, повышенную утомляемость, снижение активности. Высокие показатели 3 шкалы указывали на эмоциональную лабильность, склонность к выраженным вегетативным реакциям в ситуации стресса. Им характерны защитные механизмы проявляющиеся вытеснением из сознания той негативной информации, которая является конфликтогенной или наносит урон репутации личности, субъективному образу собственного «Я» и трансформация психологической тревоги на организменном (биологическом) уровне в функциональные нарушения. Эти механизмы, дополняя друг друга, создали почву для психосоматических расстройств. Сочетание высоких показателей 7 шкалы и 1 шкалы свидетельствовало о соматизации тревоги, преобладании тревожно – мнительных черт личности.

Данные ДМО подтверждают выявленные особенности в социальной сфере. Проводя параллель между некоторыми клиническими особенностями состояния больных бронхиальной астмой и показателями ДМО, можно сделать вывод о соответствии показателей тем аспектам поведения, которые сказываются на межличностных отношениях. Обнаружена выраженная

тенденция к фиксации неприятных соматических ощущений и склонность к болезненной сосредоточенности на своем здоровье, к жалости по отношению к самому себе. Невротическая «зажатость» и выраженная ориентация на общепринятые нормы поведения вследствие подавленной самоактуализации и агрессивности, компенсаторно проявляются в догматизме и мелочной тирании в узком кругу контактов. Для таких больных характерен психосоматический (биологический) способ защиты с уходом в болезнь.

По данным ЛОБИ больные бронхиальной астмой реагировали на болезнь эгоцентрически, ипохондрически, таким образом, используют болезнь как средство социального общения, получения внимания, внутреннее переживание.

По данным комплексной диагностики у больных бронхиальной астмой ведущими патopsихологическими синдромами выступают ипохондрия, депрессия, истерия и психастения, то есть обнаруживается полный спектр невротических синдромов. При этом у больных резко снижены проявления психопатических черт личности, что говорит о пассивной реакции на заболевание, его удержании за счет подавления индивидуальной активности и ориентации на социальные нормы.

Невротическая «зажатость» и выраженная ориентация на общепринятые нормы поведения выступают как гиперкомпенсация подавленной самоактуализации и агрессивности, проявляющейся в догматизме и мелочной тиранией в узком кругу контактов, что находит свое выражение в показателях межличностных отношений. Эти характеристики особенно ярко проявляются в ситуации болезни, выступая как индивидуальные механизмы ее переживания. Для них характерен психосоматический (биологический) способ защиты с уходом в болезнь. В этой ситуации низкая мотивация, присущая этим людям, подтверждает ситуацию ухода, а болезнь используется для стимулирования внутренних переживаний, наполненности внутреннего мира, не развитого преморбидно.

Невротическая нестабильность, истощенность, присущая этим больным,

может являться следствием патологического соматического процесса, но, учитывая вышеперечисленные показатели по данным других методик, их устойчивость и комплексность проявлений, можно сделать вывод о предпосылках такого рода в развитии бронхиальной астмы, их включении в преморбидную личность больного. Исходно неадекватные личностные реакции на заболевание определяют деструктивные формы поведения больных, которые затем трансформируются в поведенческие стереотипы, облегчающие развитие астматических симптомов по нервно-психическому механизму.

В диагностике мотивации у больных обнаружилось низкие показатели всех мотиваторов социальной активности (достижение успеха, потребность в аффилиации, стремление к власти) и преобладание мотивации на неудачу. Таким образом, мотивационная сфера больных характеризуется негативной установкой на болезнь, низкой внутренней стимуляцией, что косвенно поддерживается социальным проявлением бронхиальной астмой для привлечения внимания, стимуляции извне внутренних переживаний.

Показания к психотерапии определялись на разных уровнях (социальном, психологическом, биологическом), воздействовать на возможные проявления тех синдромов, коррекция которых возможна с помощью психотерапии.

Целью нашего исследования являлось определение показаний к психотерапии на основе системного биопсихосоциального подхода с изучением особенностей психофизиологического реагирования личности больного бронхиальной астмой на болезнь; изучением психологических особенности личности; изучением социальные особенности больных бронхиальной астмы с учетом разработки новых поведенческих элементов в процессе психотерапии болезни. На основе полученных данных были сформулированы задачи психотерапии.

Основными целями психотерапии являлись – воспитание гибкости, умение находить новые, эффективные стратегии поведения; накапливать и рационально использовать энергетические ресурсы; изыскивать, сохранять и

развивать ресурсные состояния, обеспечивать активность, умение позитивно мыслить.

Психотерапия пациентов с бронхиальной астмой проводилась в индивидуальной и групповой форме ежедневно, 5 раз в неделю в течении месяца..

Использовались разные направления психотерапии:

- аутогенная тренировка с дыхательной гимнастикой, с целью снижения психоэмоционального напряжения, повышения жизненного тонуса и работоспособности, овладения навыками саморегуляции, повышения функциональной возможности дыхательного аппарата больного.

- гипносуггестивной психотерапии с целью воздействия на психопатологические нарушения – страх, астению, депрессию, ипохондрию.

- когнитивно-поведенческая терапия для формирования правильных взглядов на свое заболевание, изменение жизненной позиции пациента, выработки умения преодолевать жизненные трудности, снижать психоэмоциональное напряжение в конфликтной ситуации.

Так же проводилась семейная психотерапия с целью нормализации семейного климата, выработки правильного отношения членов семьи к больному.

Результаты психотерапии отслеживались в динамике. При повторном проведении психодиагностического обследования у 11 пациентов с бронхиальной астмой снизились показатели шкал тревоги и депрессии, у 7 пациентов изменились результаты 1 шкалы – повысилась активность, продуктивность, снизилась невротическая фиксация на своем соматическом состоянии. Важным показателем для большинства пациентов явилось изменения стиля эмоционального реагирования, повышение толерантности к стрессу. Изменились поведенческие стереотипы – пациенты научились выражать свои эмоции, говорить о своих чувствах и пожеланиях. Таким образом, можно сделать вывод об эффективности психотерапии бронхиальной

астмы с учетом снижения ипохондричности, эмоциональной нестабильности, невротической зажатости, повышения самооценки, активности и продуктивности.

Исходя из полученных данных, можно говорить о том, что психотерапия стала эффективным компонентом лечения на всех этапах терапии пациентов с бронхиальной астмой.

Литература/ References:

1. Бехтерев В.М. Гипноз. Внушение. Телепатия. М.: Мысль, 1994, 54 с.
2. Болезни органов дыхания. / Под ред. Н.Р. Палеева, М.: Медицина, 1989, 186 с.
3. Бронхиальная астма, диагностика клинико-патогенетических вариантов / Сост. Б.М. Услонцев, 1988, 148с.
4. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М.: МГУ, 1986, 288с.
5. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л.: Медицина, 1984, 272с.
6. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия: - 3-е изд., испр. и допл. Мн.: Выш.шк., 1998, 463с.
7. Куприянов С.Ю. Семейная психотерапия больных бронхиальной астмой // Психогигиена и психопрофилактика / Под ред. В.К. Мягер. Л., 1983, С.76-84.
8. Основные направления современной психотерапии. / Под ред. А.М. Боковой, М.: «Когито-центр», 2000, 379 с.
9. Психотерапия. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Изд-во «Питер», 2000, 544 с.
10. Собчик Л.Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений, Речь, 2003. 93 с.

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Говорова Г. М., Зорохович И. И.

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

Аннотация. Накопленный на сегодняшний день мировой опыт работы в кризисных ситуациях показывает, что психологическую помощь пострадавшим от новой коронавирусной инфекции (COVID-19) оказывают в основном разово - по факту произошедшего, в то время как необходимая последующая психологическая реабилитация и профилактические меры мало практикуются. В статье описывается эффективный опыт медикаментозного и психотерапевтического лечения пациентов с психическими расстройствами в постковидном периоде в отделении кризисных состояний.

Ключевые слова: психологические дисфункции, COVID-19, постковидный синдром, тревожно-депрессивная симптоматика, психотерапия, психодиагностика, медикаментозное лечение, отделение кризисных состояний, аудио-визуальная стимуляция.

APPROACHES TO THERAPY OF MENTAL DYSFUNCTIONS IN THE CONDITIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC

Govorova G. M., Zorokhovich I. I.

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

Abstract. The accumulated global experience of working in crisis situations shows that psychological assistance to victims of the new coronavirus infection (COVID-19) is provided mainly on a one-time basis - after the fact of the incident, while the necessary subsequent psychological rehabilitation and preventive measures are rarely practiced. The article describes the effective experience of drug and

psychotherapeutic treatment of patients with mental disorders in the post-COVID period in the crisis department.

Keywords: psychological dysfunctions, COVID-19, post-covid syndrome, anxiety-depressive symptoms, psychotherapy, psychodiagnostics, drug treatment, department of crisis conditions, audio-visual stimulation.

Опубликованные в последнее время медицинские исследования доказывают, что нарушения психической деятельности, связанные с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, обусловлены как медицинскими факторами – вирус оказал свое воздействие на организм. Произошло снижение иммунитета, истощение нервных клеток и т.д., так и социальными – стрессом, который усиливался на фоне чрезвычайной неопределенности, потери доходов, часто ломки привычного образа жизни, карантинными ограничениями, в которых люди оказывались «закрытыми» в замкнутом пространстве и лишались привычного круга общения, а также пугающей неизвестностью последствий этого заболевания. Для человека всегда самое сложное – это неизвестность, что является дополнительным стрессовым фактором.

В постковидном периоде у лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию, спустя месяц после окончания лечения наблюдаются такие психические расстройства как тревожность (42%), бессонница (40%), депрессия (31%), посттравматическое стрессовое расстройство (28%).

За период с ноября 2020 года по октябрь 2021 года в отделение кризисных состояний ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» (ГБУЗ ККНД) обратился 71 человек (50 женщин, 21 мужчина) в возрасте от 33 до 67 лет, переболевших COVID-19.

Клинические диагнозы обратившихся в соответствии с МКБ-10 были следующие: у 30 пациентов было установлено тревожное расстройство (F 41), у 8 пациентов – посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1), у 28

пациентов – расстройство адаптации (F 43.2), у 5 пациентов – соматоформное расстройство (F 45). Психический статус у 59 пациентов, в основном, определялся тревожным синдромом, у остальных кроме тревожной симптоматики в его структуру включались астено-депрессивные расстройства и конверсионная симптоматика.

Пациенты предъявляли жалобы на повышенную усталость и невозможность выполнения повседневных бытовых и рабочих задач, нарушение сна в виде затруднения засыпания и частых ночных пробуждений, на тревожные расстройства, впервые возникшие панические атаки, которые характеризовались чувством надвигающейся опасности, учащением сердцебиения, затруднением дыхания, повышенным потоотделением, желудочно-кишечными расстройствами, онемением и ощущением покалывания по всему телу, а также на эмоциональную лабильность.

Всем пациентам перед началом, а затем в процессе и после окончания лечения проводилось экспериментально-психологическое обследование для оценки выраженности тревожных и депрессивных расстройств. При этом использовались тест Спилбергера-Ханина, шкала Гамильтона, ММРІ. У 90% обследованных диагностировался высокий уровень тревоги, депрессия, отсутствие интереса к чему-либо, астения с элементами апатии, повышенная утомляемость, снижение активности и продуктивности.

Для лечения пациентов специалистами отделения кризисных состояний ГБУЗ ККНД была разработана и апробирована «программа медикаментозного и психотерапевтического лечения психических расстройств у пациентов, перенесших COVID-19».

На этапе медикаментозного лечения применялись анксиолитики, трициклические антидепрессанты, ингибиторы моноаминооксидазы, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, ноотропные препараты.

После купирования остроты психического состояния назначалась

групповая и индивидуальная психотерапия, целью которой являлись изменения способа эмоционального реагирования, формирования адекватного представления о сложившейся ситуации, коррекции дисфункциональных убеждений, активизации внутренних ресурсов, формированию активной жизненной позиции и позитивного настроения.

При проведении психотерапии использовались различные психотерапевтические техники – гештальт техники, НЛП, транзактный анализ, арт-терапия, телесноориентированная психотерапия и другие.

Особенностью разработанной в отделении кризисных состояний программы терапии пациентов, перенесших COVID-19, явилось применение групповых сеансов аудиовизуальной стимуляции на аудиовизуальном комплексе «Диснет» (АВК) [1].

Аудиовизуальная терапия способствовала активизации и интеграции работы участков головного мозга, отвечающих за различные аспекты видения и слушания, с целью оптимального раскрытия потенциальных возможностей и ресурсов организма человека.

В зависимости от психического состояния пациентам назначались следующие программы: «Антидепрессант-альфа», позволяющая настраивать биоэлектрическую активность головного мозга на спокойствие и безмятежность. «Альфа-полет», создающая мощное ресурсное состояние и «Программатор», настраивающая биоэлектрическую активность головного мозга на состояние, восприимчивое к внушению позитивных установок [2, 3].

На фоне проводимой комплексной терапии пациенты стали активно участвовать в групповой и индивидуальной психотерапии, делиться своими переживаниями, проявлять инициативу, строить планы на будущее, у них значительно уменьшились или полностью редуцировались соматические проявления депрессии, ипохондрическая и тревожная симптоматика.

Позитивная динамика улучшения психического состояния подтверждалось результатами психологического тестирования – снизились

показатели по 2 и 7 шкалам ММРІ (50 и 40 баллов соответственно) и повысился показатель по 9 шкале, что свидетельствовало об отсутствии тревожно-депрессивной симптоматики и повышения активности и работоспособности.

Таким образом, опыт терапии психических расстройств у пациентов, перенесших COVID-19, с использованием разработанной в отделении кризисных состояний ГБУЗ ККНД программы, свидетельствует о высокой эффективности своевременного специализированного лечения в условиях стационара и способствует повышению качества жизни пациентов в постковидном периоде.

Между тем, проблема коронавирусной пандемии остается содержательно острой на текущий момент и, с учетом высокой распространенности психических расстройств у пациентов в постковидном периоде, возрастает актуальность своевременного их выявления и лечения в специализированных стационарах.

Литература / References:

1 Mosolov S.N. Problemy psicheskogo zdorov'ja v uslovijah pandemii COVID-19. Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. 2020;120(5):7-15.

2 Kejt Kelland. Reportazh pod redakciej Uil'jama Maklina <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirusmentalhealth/u-n-warns-of-global-mental-health-crisisdue-to-covid-19-pandemic-idUSKBN22Q0AO>.

3 The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence / Rebecca K. Webster, PhD; Louise E. Smith, PhD; Lisa Woodland, MSc; Prof Simon Wessely, FMedSci; Prof Neil Greenberg, FRCPsych; Gideon James Rubin, PhD // Lancet. 2020. Mar 14;395(10227). Pp. 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8

4 Schwartz B.J. New APA survey on public anxiety over COVIDE19 // High Anxiety in America Over COVIDE19 – Medscape. – Mar 28, 2020.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ ДИСТАНЦИОННОГО ФОРМАТА
ОБУЧЕНИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ
НАВЫКОВ ИНОЯЗЫЧНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНО
ОРИЕНТИРОВАННОЙ КОММУНИКАЦИИ**

Гукина Л. В.

Кафедра иностранных языков

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье рассматриваются аспекты использования ресурсов аудиторных и дистанционных обучающих технологий в формировании иноязычной профессионально ориентированной компетентности будущего врача с реализацией технологий, направленных на формирование его социокультурного вербального поведения. Отмечается необходимость комплексного обращения к обучающим технологиям доступных форматов при формировании вербальных и невербальных навыков иноязычной коммуникации.

Ключевые слова: обучающие технологии, дистанционное обучение, иноязычная профессионально ориентированная коммуникация, вербальное и невербальное поведение, социокультурный компонент.

**USING DISTANCE LEARNING RESOURCES IN DEVELOPING
MEDICAL STUDENTS' FOREIGN LANGUAGE PROFESSIONALLY
ORIENTED COMMUNICATION SKILLS**

Gukina L. V.

Department of Foreign Languages

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article examines aspects of using resources of classroom and distance learning technologies in the formation of foreign language professionally oriented competence of a future doctor with the implementation of technologies aimed at the formation of his socio-cultural verbal behavior. The need for a

comprehensive appeal to educational technologies of accessible formats in the formation of verbal and non-verbal skills of foreign language communication is noted.

Keywords: educational technologies, distance learning, foreign language professionally oriented communication, verbal and non-verbal behavior, socio-cultural component.

Применение дистанционных образовательных технологий в академической среде стало традицией, а технологии дистанционной академической коммуникации продолжают расширять сферу реализации и приобретают статус обязательных [1, 2]. В преподавании иностранных языков, как и в других дисциплинах, произошла трансформация в части выбора методик и технологий подачи материала и контроля за его усвоением. Педагоги, преподающие иностранные языки, подвергли полному пересмотру организацию учебного процесса, и задействовали дистанционные модели обучения, которые способствуют формированию иноязычной коммуникативной компетентности будущего врача. Электронное тестирование давно продемонстрировало положительный эффект в контроле знаний лексико-грамматических моделей и понимания иноязычного текста, при этом в зоне внимания и озабоченности педагогов остается воспитательный аспект обучения общению дистанционно, поскольку, наряду с терминологической составляющей речи будущего врача, в ней должен непременно присутствовать социокультурный компонент [8; 4].

Цель работы: изучить и обобщить практику преподавания английского языка медицины на кафедре иностранных языков КемГМУ в части использования ресурсов дистанционного обучения в формировании коммуникативной иноязычной компетентности будущего врача, обязательным компонентом которой является социокультурный аспект.

Материалы и методы исследования. Методом исследования в данной

работе послужил сравнительный анализ обучающих технологий, реализуемых при формировании коммуникативных навыков будущего врача в дистанционном формате с учетом развития его личностных культурно-нравственных качеств.

Результаты и их обсуждение. Обучение и воспитание представляют собой органичный процесс становления профессиональной компетентности специалиста с высоким уровнем культуры и формирования его личности [9]. Проблемы общения, возникающие при обучении в аудитории и дистанционно, становятся аспектом педагогического внимания, и должны быть найдены адекватные ресурсы форматов обучения и технологий, которые могут повлиять на эффективность обучения студентов-медиков профессионально ориентированному общению с формированием социокультурного компонента речи. Как показывает педагогическая практика, дистанционное обучение выявляет таких проблем больше, за исключением zoom-технологий, когда коммуникация максимально приближена к межличностному формату общения. E-mail-технологии выявили у обучающихся тенденцию утрачивания элементарных коммуникативных навыков и моделей культурного речевого поведения в письменной форме. Следует отметить, что оба формата обучения высвечивают проблемы в культуре межличностной и деловой (академической) коммуникации обучающихся.

Преподавание на первом курсе дисциплины «Иностранный язык для профессиональной коммуникации» направлено на развитие у будущих врачей иноязычных коммуникативных компетенций, содействующих их международному общению с медицинским сообществом и международной профессиональной деятельностью. Предполагается, что владение английским языком, как языком научного общения, и понимания текстов уровня доказательной медицины – позволит повысить возможности международной профессиональной мобильности. При этом выяснилось, что для достижения поставленных целей требуется этап воспитания элементарных этических норм

и правил речевого поведения в обществе [7]. В аудиторном формате изучение данной дисциплины начинается с главы Culturally Speaking, темы «Meeting People». Изучение этой темы дистанционно становится вызовом, как для преподавателя, так и для студентов вне использования zoom-технологий. Естественным и лучшим пространством и комфортной психологической средой для этого является учебная аудитория.

В аудитории выявляются и корректируются такие билингвальные (русский/английский) проблемы коммуникации обучающихся как: не умеют правильно здороваться с людьми, не знают, как правильно обратиться к собеседнику, демонстрируют ограниченное владение формулами вежливости. Было выявлено, что наряду с вербальным, невербальный уровень испытывает не меньше проблем коммуникации. Не зная, что и как сказать даже на русском языке, в ситуации реального общения обучающиеся демонстрируют жесты и позы неловкости и полной неуверенности в своем поведении. Задача для многих из них оказывается очень непростой: для начала общения с компьютером нужно знать только пароль, а здесь столько условностей и правил, которые они либо забыли, либо не знали. Вероятно, поэтому некоторые из обучающихся вместо того, чтобы вежливо поздороваться с преподавателями, старшекурсниками или однокурсниками, даже во время очного формата обучения предпочитают молча и как бы незаметно пройти мимо.

Причины такого поведения могут быть разными, включая психологические и социальные, однако преподавателю иностранного языка необходимо использовать язык как площадку коммуникации и в любом формате обучения, включая дистанционный, использовать все педагогические ресурсы, которые на начальном этапе академического взаимодействия позволяют корректировать языковое поведение обучающихся, и при формировании иноязычных норм и правил коммуникации научить нормам вежливости на родном русском языке.

Преподаватель иностранного языка прибегает к разным методикам,

способствующим восприятию изучаемых языковых норм и формул как естественных и необходимых не только в профессионально ориентированном, но и в обычном повседневном общении в рамках академического сообщества [5]. На практике можно четко проследить этапы комфорта и дискомфорта, которые обычно испытывают обучающиеся на практическом занятии по культуре общения. Отметим, что те же проблемы коммуникации остаются в режиме дистанционного обучения. Как уже отмечалось, при использовании E-mail-технологий, в связи с большим объемом письменных заданий, низкий уровень культуры общения проявляется в письменной речи.

Отмечено, что при дистанционной работе раздел «Section 1 Vocabulary and Word Study», в котором обучающиеся самостоятельно изучают лексику, устойчиво остается зоной комфорта. Этот навык был уже отработан на лексическом материале уроков базового учебника и при работе с текстом при аудиторной и внеаудиторной самостоятельной работе. Выполняется серия лексических заданий и упражнений на поиск синонимичных форм, составление фразовых выражений с переводом на русский язык, выбор адекватных слов для конкретных предложений [3].

Грамматика в этой теме менее акцентирована, присутствует в виде определения частей речи однокоренных слов из раздела новой лексики, и осваивается успешно в дистанционном формате. Выяснилось также, что более комфортной для обучающихся при дистанционной подготовке стала работа с опорным текстом «Culturally Speaking» (Section 2 Reading and Discussion). Общение в аудитории требует от студентов преодоления сформированных стереотипов коммуникации когда после привычной работы с текстом разными приемами (просмотровое, поисковое, ознакомительное чтение, перевод) они должны оторвать взгляд, направленный в учебник, как на монитор компьютера или гаджета, и вежливо обратиться друг к другу, задать вопросы, терпеливо выслушать, проявить толерантность к возможным ошибкам и паузам в речи партнера, высказать свое мнение по изучаемой теме, то есть выйти из зоны

комфорта. Следует отметить, что некоторые обучающиеся преодолевают это с большим трудом. Отчасти им помогает опыт работы с текстом и участие в дискуссии по теме, приобретенный в базовом курсе по иностранному языку медицины. При дистанционном формате экран монитора компьютера или любого гаджета является более «удобным» собеседником, поэтому обучающиеся чувствуют себя комфортно ровно до того момента, как им нужно самим написать текст по данной теме и отправить его преподавателю для проверки и оценивания.

По сравнению с очной формой обучения, дистанционная работа с разделом «Speaking» комфортна для большинства обучающихся, поскольку основана на привычном множественном выборе. В заданиях им предлагается путем подчеркивания нужного слова сделать правильный выбор варианта обращения к людям по имени в разных ситуациях социального и делового общения: к однокурснику; директору учреждения; другу – ровеснику; лицу с ученой степенью; замужней / незамужней женщине; старшему по возрасту коллеге; публике/слушателям; незнакомцу; мужчине или женщине, чье имя говорящему не известно; преподавателю университета; ученому.

Преподаватель должен учитывать возможную психологическую напряженность обучающихся и в дистанционном формате обучения прибегать к педагогическим и воспитательным приемам, позволяющим в письменной форме или устно снять напряжение в учебном процессе, давать позитивные установки, создавать доброжелательную атмосферу при дистанционном общении с обучающимися [6]. Необходимо мотивировать провести параллели языкового поведения в русском и иностранном языках, выявить общее и разное, и непременно акцентировать важные культурно-этические моменты. При дистанционной работе обучающиеся отлично выполняют задания типа «Learn some expressions to introduce yourself and others», поскольку вновь исчезает необходимость выбора речевых моделей в режиме живого общения, а именно оно представляет повышенную языковую и эмоциональную сложность

(общение в малых и больших группах) в разных ситуациях общения: in an office (formal); at a conference (formal); at a meeting (formal); in a library (semi-formal); at an exhibition (semi-formal); at a dinner party (informal); at your university (informal); at your place (informal).

При работе с разделом «E-mails» и «Business Letters» выявились проблемы в письменной коммуникации на английском и русском языках. Отмечено, что в условиях аудитории при контактной работе с дидактическим материалом и при наблюдаемой преподавателем самостоятельной работе письма разного целевого назначения составлялись обучающимися более успешно. Использование дистанционной E-mail-технологии и изучение этих тем с использованием приемов экранного чтения выявило, что обучающиеся в письменной речи не могут подобрать нужные слова вежливого приветствия, введения и продолжения темы и вежливого заключения письма. Более того, при отличном владении функциями гаджетов и компьютера, они совершенно игнорируют правила и культуру коммуникации, присущую контексту электронного сообщения. Типичным явлением является отсутствие темы сообщения, вежливого обращения, вежливого заключения. Иными словами, такое речевое поведение свидетельствует о недостаточном воспитании культуры общения, которое реализуется в электронном формате и нуждается в комплексном привлечении ресурсов аудиторных и дистанционных технологий для ее коррекции.

Выводы. Преподавание иностранного языка медицины в современных академических условиях подготовки будущего врача сопряжено с комплексным использованием аудиторных и дистанционных обучающих технологий. При формировании у обучающихся иноязычных коммуникативных навыков преподавателю следует использовать необходимые и достаточные ресурсы этих технологий, чтобы сформировать у будущего специалиста не только терминологическую и специализированную языковую грамотность, но и воздействовать на развитие социокультурной личности.

Литература / References:

1. Акимова, О. Б., Щербин М. Д. Цифровая трансформация образования: современность учебно-познавательной самостоятельности обучающихся / Инновационные проекты и программы образования. № 1. С. 27–34. – [Электронный ресурс] – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32574155> (дата обращения: 22.08.2024).
2. Бабин Е. Н. Цифровизация университета: построение интегрированной информационной среды. Университетское управление: практика и анализ, 2018; 22 (6): 44–54. – [Электронный ресурс] – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsifrovizatsiya-universiteta-postroenie-integrirovannoy-informatsionnoy-sredy32574155> (дата обращения: 22.08.2024).
3. Гукина Л. В. Технологии работы со смыслами медицинского текста при формировании иноязычных коммуникативных навыков будущих врачей Профессиональное образование в России и за рубежом. 2023. № 4 (52). С. 202.
4. Гукина Л. В., Личная Л. В. Особенности адаптации учебно-методического содержания дисциплины при обучении иностранных студентов английскому языку медицины в билингвальном контексте // Поликультурное образование в современном мире: вызов и перспектива: материалы Международной научно-практической конференции. Кемерово, 2021. С. 138–149.
5. Гукина Л. В. Использование приема ситуационной симуляции профессионально ориентированного общения на занятиях по иностранному языку в медицинском вузе // Теоретические и прикладные аспекты лингвообразования: сборник научных статей Межвузовской научно-практической конференции / под ред. Л. С. Зникиной. Кемерово : КузГТУ, 2019. С. 188–194.
6. Гукина Л. В. Диалогическое общение при обучении иностранному языку как прием формирования профессионально ориентированных разговорных навыков специалистов-медиков // Теоретические и прикладные

вопросы лингвообразования / под ред. Л. С. Зникиной. – Кемерово: КузГТУ, 2018. С. 154–159.

7. Гукина Л. В., Личная Л. В. Воспитательный аспект ситуационно заданного профессионально ориентированного общения на занятиях по иностранному языку // Современные проблемы воспитательного процесса в медицинском вузе: материалы VI Межрегиональной научно-практической конференции. Кемерово: КемГМУ, 2018. С. 27–30.

8. Лазаренко, В. А., Калуцкий, П. В., Дремова, Н. Б. Адаптация высшего медицинского образования к условиям цифровизации здравоохранения // Высшее образование в России. 2020. Е. 29. № 1. С. 105–115. [Электронный ресурс] – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/adaptatsiya-vysshego-meditsinskogo-obrazovaniya-k-usloviyam-tsifrovizatsii-zdravoohraneniya> (дата обращения: 22.08.2024).

9. Хромцова, Ю. Н. Воспитательная работа на дистанционном обучении / Ю. Н. Хромцова // Проблемы и перспективы развития образования : материалы XII Междунар. науч. конф. (г. Краснодар, май 2020 г.). Краснодар : Новация, 2020. С. 27-31.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТИЛЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПИТАНИЯ С УРОВНЕМ КИБЕРАДДИКЦИИ ПОДРОСТКОВ

Данилова Н. С., Юркевич Н. А.

Кафедра социальной и семейной психологии

Белорусский государственный педагогический университет

имени М. Танка, Институт психологии,

Республика Беларусь, г. Минск

Аннотация. В данной статье рассмотрена проблема кибераддикции подростков. Описываются результаты эмпирического исследования, выявившие наличие статистически значимых связей между склонностью в подростковом возрасте к кибераддикции и уровнем враждебности, непоследовательности и отверженности со стороны родителей, а также наличие

статистически значимых связей между психологическим принятием, поддержкой и помощью со стороны родителей и отсутствием у подростков склонности к киберзависимости.

Ключевые слова: подростки, киберзависимость, стили семейного воспитания.

THE RELATIONSHIP OF PARENTING STYLE WITH THE LEVEL OF CYBERADDICTION OF ADOLESCENTS

Danilova N.S., Yurkevich N.A.

*Department of Social and Family Psychology
M. Tank Belarusian State Pedagogical University,
Institute of Psychology, Republic of Belarus, Minsk*

Abstract. This article examines the problem of cyberaddiction of adolescents. The results of an empirical study are described, which revealed the presence of statistically significant links between the tendency to cyberaddiction in adolescence and the level of hostility, inconsistency and rejection on the part of parents, as well as the presence of statistically significant links between the lack of a tendency to cyberaddiction in adolescents and psychological acceptance, support and assistance from parents.

Keywords: teenagers, cyberaddiction, family parenting styles.

Введение. Информатизация повседневной жизни человека призвана существенно её разнообразить, автоматизировать рутинные процессы, позволить осуществлять коммуникацию независимо от места и времени. Помимо познавательных возможностей и возможностей для коммуникации, технические средства стали предметом новой зависимости, именуемой в психологических научных сферах киберзависимостью.

Киберзависимость предполагает разной степени зависимость от виртуального пространства (интернета, игр, мессенджеров и так далее). Как и все зависимости любого рода, киберзависимость имеет причины возникновения,

уровень аддикции, наиболее уязвимые категории зависимых, негативные проявления. В настоящее время существует большая опасность воздействия компьютерных игр и сетевой коммуникации на психическое здоровье подростков. Это связано с тем, что они погружаются в виртуальную реальность, которая кажется более привлекательной, чем реальный мир [2]. Кроме того, важно подчеркнуть, что, не обладая необходимыми жизненными навыками, подростки зачастую не в состоянии выбрать адекватные способы снятия напряжения. Подростки относятся к уязвимой категории пользователей виртуального пространства, что объясняется особенностями психологического и психического созревания, переживанием кризиса данного возрастного периода, несформированностью личных ценностей, невозможностью поддерживать устойчивый интерес к реальному миру и реализовываться в нём во всей полноте, спецификой семейного воспитания.

Аддиктивное поведение относится к девиантному, и имеет форму отстранения от неприятной для субъекта реальности через изменение психического состояния. Изменение реальности через аддикции объясняется фиксацией внимания на конкретных элементах, своих действиях или употреблением каких-либо веществ. Зависимость (аддикция) имеет лёгкие и тяжёлые формы.

Степень аддикции может варьироваться в зависимости от личной предрасположенности индивида и ситуаций, которые с его точки зрения трактуются как травмирующие или просто неприятные. Причем, если одни аддикции являются опасными для функционирования в социуме или являются порицаемыми, то другие аддикции связаны лишь опосредованно с социумом, что превращает их в личную проблему для индивида. В исследованиях, которые активно проводились в последние годы, наибольшее внимание уделялось нехимическим аддикциям, при которых объектом зависимости становится сугубо поведенческий паттерн. Западные исследователи дали название такого рода психологического явления – «поведенческие аддикции».

Выделяют пять этапов развития аддикции: 1) открытие способа, с помощью которого становится достаточно доступно изменение психического состояния; 2) привычное использование этого способа в трудные и, главным образом, в кризисные моменты жизни; 3) аддиктивное поведение становится частью личности и не подлежит критике; 4) аддиктивная часть личности начинает полностью определять жизнь аддикта, и он не может нормально жить и функционировать вне своей зависимости; 5) происходят нарушения психики, прогрессируют личностные деформации и разрушаются психологические и психические подструктуры, биологические процессы в организме также нарушаются после получения организмом ущерба, обусловленного аддикцией [6, 7].

Британский терапевт С. Поуп выделил негативные примеры симптомов и последствий зависимости: подростки-аддикты отказываются от социальных контактов, плохо питаются, отказываются от получения образования, кроме того, у них повышается агрессивность, склонность к насилию и т. д. [3, 4, 8]. Кибераддикция является распространённой причиной ухудшения отношений в семье [1, 5].

Нездоровая привязанность к виртуальному пространству может приводить даже к саморазрушительному поведению, крайней формой которого является самоубийство.

В связи с тем, что семья оказывает на человека в подростковом возрасте серьёзное влияние, знание об этом влиянии позволит определить значение семьи в развитии кибераддикции. Семья – это первый социальный институт, в котором человек приобретает ценности, усваивает нормы поведения, начинает осознавать себя как личность и познавать грани своей личности. Родители играют роль в качестве медиатора между миром взрослого человека и миром ребёнка, транслируют вышеперечисленные аспекты, помогая их освоить. Однако каждая из семей обладает своими уникальными чертами, помимо черт, которые характерны для членов того или иного общества. В данном

исследовании акцент сделан на изучении взаимосвязи стиля родительского (семейного воспитания) и уровня кибераддикции подростков.

Согласно мнению ученых, кибераддикция имеет взаимосвязь со стилями семейных отношений. Среди стилей семейных отношений можно выделить: демократический, авторитарный и попустительский, кроме того, встречается хаотичный стиль воспитания. Демократичный стиль характеризуется оптимальностью, позволяющей воспитать уверенного в себе человека с адекватной самооценкой, склонного к самостоятельности и сотрудничеству. Авторитарный стиль характерен жёстким контролем и стремлением подчинить себе члена семьи, обращаясь преимущественно в приказной форме. Попустительский стиль заключается в отсутствии глубокой причастности к жизни членов семьи и всяческого партнёрства. Хаотичный стиль выделяют в качестве смешанного, не имеющего единой стратегии взаимоотношений.

Целью данного исследования были выявление и анализ взаимосвязи стиля родительского воспитания и уровня кибераддикции подростков.

Объект исследования: кибераддикция, **предмет исследования:** взаимосвязь склонности к кибераддикции и стиля семейного воспитания.

В исследовании, направленном на выявление уровня интернет-зависимости с помощью методики Кимберли Янг (адаптирован Лоскутовой В.А.) приняли участие 128 подростков 8-11 классов (13-16 лет). После анализа результатов диагностики Интернет-зависимости респонденты были условно разделены на две группы по уровню их показателей: первая группа - респонденты, имеющие некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом; вторая группа – обычный пользователь Интернета, численность каждой группы составила 33 человека.

Изучение восприятия образов матери и отца у испытуемых проводилось при помощи опросника «Поведение родителей и отношение подростков к ним (Подростки о родителях) (POP/ADOR)» (автор Е. Шафер, модификация З. Матейчика и П. Ржичана).

Результаты и их обсуждение. Было выявлено, что у респондентов «Обычный пользователь Интернета» отмечается высокий балл оценки матери по шкалам «Позитивный интерес» и фактору близости – 4 и 4,2 соответственно, также выше среднего значение шкалы «Автономность» – 3,7. У подростков, имеющих некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом, по восприятию образа матери выше среднего отмечен показатель по шкале «Враждебность» – 3 балла, и шкале «Непоследовательность» – 3,4 балла.

У группы «Обычный пользователь Интернета» наблюдаются высокие показатели по шкалам «Позитивный интерес» и фактору близости (по 4 балла), также выше среднего – 3,6 баллов – по шкале «Автономность». У подростков, имеющих некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом, по восприятию образа отца выше среднего отмечен показатель по шкале «Враждебность» – 3 балла, и шкале «Непоследовательность» – 3,4 балла, а также 3,6 баллов по шкале «Автономность».

Для выявления взаимосвязи между склонностью к кибераддикции и особенностями детско-родительских отношений был проведён статистический анализ с помощью непараметрического метода – коэффициента ранговой корреляции Спирмена, выявивший следующие значимые корреляционные связи между уровнем Интернет-зависимости и шкалами методики «Подростки о родителях» Е. Шафер при оценке образа матери:

- прямую связь между шкалой «Враждебность» (HOS) и уровнем Интернет-зависимости (0,4287 при $p=0,0004$), то есть, чем больше наблюдается враждебности, агрессивности, непринятия и подавления ребёнка со стороны матери, тем выше уровень кибераддикции у подростка;

- обратную корреляционную связь между шкалой «Позитивный интерес» (POZ) и уровнем Интернет-зависимости (-0,6596* при $p=0,0000$). Корреляционная связь говорит о повышенном уровне кибераддикции при недостатке необходимой поддержки и помощи со стороны матери, недостатке

или отсутствии проявления позитивного интереса;

- обратную корреляционную связь между шкалой «Автономность» (AUT) и уровнем Интернет-зависимости ($-0,3402^*$ при $p=0,0064$). Корреляционная связь свидетельствует о том, что чем меньше имеется автономии со стороны родителя, тем выше уровень кибераддикции;

- прямую корреляционную связь между шкалой «Непоследовательность» (NED) и уровнем Интернет-зависимости ($0,45096^*$ при $p=0,0002$). Корреляционная связь свидетельствует о том, что повышение уровня кибераддикции зависит от высоких показателей непоследовательности в воспитательной практике, чередовании и резкой смене стилей воспитания со стороны родителей;

- обратную корреляционную связь между фактором близости (POZ/HOS) и уровнем Интернет-зависимости ($-0,6104^*$ при $p=0,0000$). Корреляционная связь означает, что при недостатке теплых чувств со стороны родителя, отвержении ребёнка, наблюдается повышенный уровень кибераддикции.

Статистический анализ показал наличие четырех значимых корреляционных связей между уровнем Интернет-зависимости и шкалами методики «Подростки о родителях» Е. Шафер при оценке образа отца:

- прямую связь между шкалой «Враждебность» (HOS) и уровнем Интернет-зависимости ($0,3155^*$ при $p=0,0168$). Корреляционная связь свидетельствует о том, что чем больше проявляется враждебности со стороны отца, конформности и сверхтребовательности, ориентированной на эталон «идеального ребенка», тем выше уровень кибераддикции у подростка;

- обратную связь между шкалой «Позитивный интерес» (POZ) и уровнем Интернет-зависимости ($-0,6565^*$ при $p=0,0000$). Корреляционная связь говорит о повышенном уровне кибераддикции при недостатке необходимой поддержки и помощи со стороны отца, недостатке или отсутствии проявления позитивного интереса, дружеского отношения с четким осознанием границ допустимого поведения;

- обратную связь между шкалой «Автономность» (AUT) и уровнем Интернет-зависимости ($-0,2632^*$ при $p=0,0499$). Корреляционная связь свидетельствует о том, что чем меньше автономии со стороны родителя, тем выше уровень кибераддикции;

- обратной связи между фактором близости (POZ/HOS) и уровнем Интернет-зависимости ($-0,5818^*$ при $p=0,0000$). Корреляционная связь означает, что при недостатке теплых чувств со стороны отца, отвержения ребенка наблюдается повышенный уровень кибераддикции.

При помощи непараметрического U-критерия Манна-Уитни были выявлены статистически значимые различия между выборками (группа нормы и группа со склонностью к кибераддикции) по результатам методики «Подростки о родителях» (ADOR).

Было выявлено, что существует статистическая значимость между группой подростков со склонностью к кибераддикции и группой нормы при оценке образа матери по следующим переменным:

- шкала «Позитивный интерес» (POZ), $U = 132,5$ (при $p < 0,05$ уровне значимости);

- шкала «Враждебность» (HOS), $U = 275$ (при $p < 0,05$ уровне значимости);

- шкала «Непоследовательность» (NED), $U = 292$ (при $p < 0,05$ уровне значимости);

- фактор близости (POZ/HOS), $U = 135$ (при $p < 0,05$ уровне значимости).

Анализируя результаты, можно заключить, что у матерей подростков из группы нормы уровень позитивного интереса выше, чем у матерей из группы подростков со склонностью к кибераддикции. У матерей из группы подростков со склонностью к кибераддикции имеет место высокий уровень враждебности. Матери подростков со склонностью к кибераддикции чаще прибегают к непоследовательному стилю воспитания, чем матери подростков из группы нормы. Уровень фактора близости у матерей подростков из группы нормы

выше, чем у матерей подростков со склонностью к кибераддикции: данный показатель характеризует степень проявления теплых чувств со стороны родителя, принятие своего ребенка при высоких стандартных оценках и преимущественного его отвержения – при низких стандартных оценках.

Существует статистическая значимость между группой подростков со склонностью к кибераддикции с кибераддикцией и группой нормы при оценке образа отца по следующим переменным:

- шкала «Позитивный интерес» (POZ), $U = 144$ (при $p < 0,05$ уровне значимости);

- фактор близости (POZ/HOS), $U = 180$ (при $p < 0,05$ уровне значимости).

Анализируя результаты, можно заключить, что у отцов подростков из группы нормы уровень позитивного интереса выше, чем у отцов из группы подростков со склонностью к кибераддикции. Уровень фактора близости у отцов подростков из группы нормы выше, чем у отцов из группы подростков со склонностью к кибераддикции. Данный показатель характеризует степень проявления теплых чувств и принятия своего ребёнка при высоких стандартных оценках и преимущественного его отвержения – при низких стандартных оценках.

Заключение. Проведенное исследование показало наличие статистически значимых связей в показателях стиля родительского отношения и склонности к кибераддикции в подростковом возрасте.

В семьях подростков, имеющих некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением интернетом, преобладают следующие типы родительского воспитания: авторитарный с элементами враждебности, проявляющийся в подавлении и неприятии ребёнка, агрессивности со стороны матери, а также сверхтребовательности и конформизма со стороны отца; также отмечается непоследовательность в проведении линии воспитания обоих родителей, представляющая собой резкую смену стилей и воспитательных приёмов как переход от очень строгого к либеральному и, наоборот, переход от

психологического принятия ребёнка к эмоциональному его отвержению, независимо от того, что он сделал или не сделал.

В семьях подростков группы нормы родители используют следующие воспитательные приёмы: повышенный уровень позитивного интереса, положительное отношение к ребёнку, основанное на психологическом принятии, поддержка, помощь, заинтересованность.

Литература / References:

1. Белинская, Е. П. Человек в информационном мире // Социальная психология в современном мире. М. : Аспект Пресс. 2009. С. 203–220.

2. Вотякова, Е. Ю. Негативное влияние кибераддикции на жизнестойкость подростков / Е. Ю. Вотякова, Н. В. Яковлева // Негативное влияние кибераддикции на жизнестойкость подростков. 2015. № 1 (1). С. 49–51.

3. Иванов, М. Психологические аспекты негативного влияния игровой компьютерной зависимости на личность человека. М. : Аспект Пресс. 2010.

4. Кожевникова, О. В. Психологические особенности интернет-зависимых пользователей / О. В. Кожевникова, З. Н. Шавалеева // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». 2012. № 3 (1).
5. Кузнецова, Ю. М., Чудова Н. В. Психология жителей Интернета. / Ю. М. Кузнецова, Н. В. Чудова. М.: ЛКИ, 2008. 224 с.

6. МЕД новости [Электронный ресурс] // Медицинский портал. 2008. – Режим доступа: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2005/06/22/gamer/>. Дата доступа: 06.09.24.

7. Омельченко, Н. В. Личностные особенности играющих в компьютерные игры: автореф. дис. на здобуття наук, ступеня канд. псих. наук: 108 спец. 19.00.01: Краснодар. 2011. 169 с.

8. Щербачёва, П. П. Влияние кибераддикции на личность подростка / П. П. Щербачёва, Н. А. Устинова // Гуманитарный научный журнал. 2017. № 1(1). С. 93–98.

**АНАЛИЗ СУЩЕСТВУЮЩИХ ПОДХОДОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ
В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ**

Данькина И. А., Данькина В. В., Данькин К. В.

Кафедра акушерства и гинекологии

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

Аннотация. Система высшего образования каждый год претерпевает значительные изменения. На этом фоне актуальной остается проблема адаптации студентов к обучению в высших учебных заведениях. В данной статье проведен анализ существующих подходов к изучению адаптации студентов к обучению в высших учебных заведениях. Выявлено, что, в различных областях психологии существуют разные взгляды на проблему, где акцент делается на различные доминирующие компоненты данного феномена. Это вопрос новый в области психологии и требует не только теоретического, но и практического изучения.

Ключевые слова: студент, высшее учебное заведение, адаптация, психология, феномен

**ANALYSIS OF EXISTING APPROACHES TO ADAPTING STUDENTS
TO STUDYING IN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS**

Dankina I. A., Dankina V. V., Dankin K. V.

Department of Obstetrics and Gynecology

Donetsk State Medical University

named after M. Gorky Donetsk, Russia

Abstract. The higher education system undergoes significant changes every year. Against this background, the problem of students' adaptation to studying in higher educational institutions remains relevant. This article analyzes existing approaches to studying students' adaptation to studying in higher educational institutions. It has been revealed that in different areas of psychology there are

different views on the problem, where the emphasis is on the various dominant components of this phenomenon. This is a new question in the field of psychology and requires not only theoretical but also practical study.

Keywords: student, higher education institution, adaptation, psychology, phenomenon

Введение. Система высшего образования меняется очень быстро: возникают новые методы, методики и подходы к обучению, развиваются новые отрасли, открываются новые специальности, растет престижность одних профессий и уменьшается других, меняются тенденции получения высшего образования. Но такой же актуальной остается проблема адаптации студентов к обучению в высших учебных заведениях [4, 5].

Ведь вчерашний школьник, приходя в университет, так же чувствует неуверенность в дальнейших действиях, волнение перед новым опытом и т. д, которые и являются составляющими процесса адаптации. И этот процесс продолжается обретением нового социального статуса, привыканием к новым условиям, ритму жизни и обучения, выработкой новых умений и навыков, получением нового опыта, формированием новых личностных качеств, как отдельного индивида, так и в роли нового члена социума (студенты, преподаватели, соседи в общежитии) и тому подобное.

Проблеме адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении уделялось много внимания и не только представителями психологии. Этим вопросом интересуются и философы, социологи, биологи, физиологи и педагоги. Но от этого актуальность и необходимость исследования данной проблемы не снижается. Существуют определенные противоречия во многих аспектах изучения проблемы адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении, начиная с определения этого понятия, выделения стадий, факторов, механизмов этого процесса, продолжая выработкой эффективных стратегий, методов, средств и приемов для успешной адаптации.

Решение вопроса адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении волнует целый ряд отечественных ученых [1, 4, 5]. Ученые занимаются проблемой социально-психологической адаптации подростка к новым условиям обучения; педагогических аспектов адаптации студентов, трудностей начального этапа обучения и факторов, влияющих на процесс адаптации. Также были разработаны программы исследования социально-психологических факторов адаптации молодежи к обучению в высшем учебном заведении и будущей профессии [2].

Целый ряд ученых делают акцент на важности адаптации первокурсников к обучению, ведь именно они испытывают резкую смену многих аспектов своей жизни и полагают, что успешность протекания процесса адаптации является залогом успешного дальнейшего функционирования в определенной структуре в определенном социуме. Поэтому проблема адаптации студентов (вообще) к обучению в высших учебных заведениях требует дальнейшего исследования.

Объект и метод исследования. Анализ существующих подходов в современной науке к изучению адаптации студентов к обучению в высших учебных заведениях.

Результаты исследования. Адаптация к обучению в высшем учебном заведении - комплексный, динамичный процесс, обусловленный взаимодействием субъективных и объективных социально-психологических, психических, психофизиологических и физиологических факторов. Отмечается, что адаптация к обучению в высшем учебном заведении представляет сложное многоаспектное включение студентов в новую систему требований и контроля, в новый коллектив, а для некоторых и новой среды [3].

Отдельно выделяют социальную адаптацию, как приспособление индивида к группе всего студенческого коллектива; принятие нормативно-правовых требований пребывания в высшем учебном заведении; осмысленное принятие норм морали и культуры; адаптация к проживанию в общежитии. А

также говорят о биологической адаптации, как адаптации организма к новым условиям (климатическим, бытовым, санитарным), к режиму труда и сна, физических и нервных нагрузок; режиму и качеству питания. Также понимают адаптацию, как привыкание, приспособление личности к новой обстановке.

Выделяют два вида адаптации в зависимости от характера отношения личности к условиям и содержанию конкретной деятельности. Итак, это:

- творческая адаптация - полное приспособление к учебному процессу (получение глубоких и прочных знаний, формирование творческого мышления и навыков будущего специалиста, общая активность в познавательной деятельности);
- формальная адаптация - приспособление не для успешного овладения знаниями, а для доведения дела до конца - получения диплома.

Придя в стены высшего учебного заведения, абитуриент встречается с рядом трудностей. Из них выделяют наиболее распространенные:

- переживания, связанные с переходным периодом: от школьной среды к взрослой жизни;
- неопределенность мотивации выбора профессии;
- неготовность к самостоятельной жизни, налаживанию быта;
- психологическая неготовность к ответственности за себя, свои поступки, принятию решений;
- отсутствуют или недостаточно развиты навыки самостоятельной работы;
- учебная нагрузка, что является значительным и неравномерным процессом;
- неумение регулировать время, отведенное на обучение и отдых;
- отсутствие навыков самоконтроля, саморегуляции поведения и деятельности;
- неразвитые волевые качества студентов, что, как правило, сочетается с зависимостью от близкого мотивации;

- несформированность мотивации обучения в выбранной профессии.

Возникновение этих трудностей можно объяснить рядом особенностей: вхождением в новый коллектив со сменой социальной роли; увеличением физических и моральных нагрузок; изменением ритма жизни, привычек, некоторых ценностей; усилением ответственности за свои действия. Ученые выделяют целый ряд составляющих, которые входят в процесс адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении [2, 4, 5].

Иначе говоря, адаптация студентов к новым условиям обучения является сложным многофакторным процессом, который предусматривает и повышение образовательного уровня, и умение устанавливать контакт с ровесниками и педагогами. Процесс адаптации студента долговременный, ведь он происходит на протяжении всего периода обучения. Только происходит он неоднородно, с определенными обострениями и спадами. И, по нашему мнению, очень важным является наблюдение за ходом этого процесса для выявления определенных закономерностей и выработки соответствующих средств и методов облегчения его течения. Выделяют следующие критерии успешной адаптации студентов первого курса к обучению в условиях высшем учебном заведении:

- **Познавательные (дидактические)** - соответствие учебных и профессиональных интересов, устойчивая потребность в знаниях по профильным дисциплинам; наличие определенных знаний в будущей профессиональной деятельности; сравнение предыдущего опыта общения с участниками группы, функционирование в прежнем социуме с настоящим, с имеющейся системой ценностных ориентаций и установок;
- **Эмоциональные** - устойчивое положительное и заинтересованное отношение к избранной профессии; положительная оценка новой группы, принятие групповых норм, в результате чего происходит постепенная идентификация индивида с этой группой;
- **Деятельностные (практические)** - устойчивая потребность в деятельности, максимально приближенной к будущей профессии; активная

позиция при освоении профессионально значимых дисциплин; принятие активного участия в жизни студенческого коллектива;

- Волевые – уверенность, как в преодолении трудностей, связанных с овладением профессиональной деятельностью, так и в решении проблемных ситуаций на социальном и бытовом уровнях.

Целесообразно заметить, что каждый студент адаптируется по-разному и лимиты его адаптивных возможностей не безграничны. И для того, чтобы достичь состояния адаптированности, необходимо выбирать определенный вид поведения и определенные внутренние условия (развитость адаптивных механизмов, определенный общий уровень психической зрелости и тому подобное).

Адаптированность, как результат процесса адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении, может достигаться с разной динамикой, иметь разный исходный вид [1, 3].

Можно выделить следующие виды адаптации:

- временная ситуативная адаптированность, которая может легко перейти в состояние дезадаптированности в результате внутренних психических изменений (например, актуализации новых потребностей и установок) или изменений некоторых аспектов ситуации;

- устойчивая ситуативная адаптированность - долговременная адаптированность в отдельных типовых ситуациях, в которых индивид оказывается довольно часто;

- общая адаптированность.

Однако ученые расходятся во мнении по поводу времени, когда достигается окончательный результат, то есть, когда студент достигает состояния общей адаптированности. Ряд ученых считают, что уровня общей адаптивности (или полной компенсации) студент достигает после первой сессии и получения при ее сдаче положительных результатов. Другие ученые

утверждают, что полностью адаптированным студента можно считать в конце III курса [4, 5].

Общая адаптированность никогда не бывает полной и в этом контексте может рассматриваться, как потенциальная способность адаптироваться в широком спектре типичных ситуаций, которые зачастую случаются в данном социальном окружении и в определенный исторический период. Мы согласны с последним утверждением и считаем, что только тот студент, который достиг хороших результатов в учебе, приобрел устойчивый социальный статус среди сверстников, завоевал определенный авторитет у преподавателей, ловко и уверенно действует в типичных бытовых и социальных ситуациях, может считаться достигшим общей адаптированности. Но сочетание всех составляющих общей адаптированности случается довольно редко.

Ученые определяют следующие критерии готовности студентов к обучению в высших учебных заведениях:

- когнитивный - понимание студентами цели своего обучения, связи обучения с будущей профессиональной деятельностью, знание структуры и содержания предметной области знаний;
- мотивационный - стремление к самостоятельности, устойчивый интерес к предметной области знаний, желания полностью овладеть языком специальности;
- операциональный - владение лингвистическим аппаратом для усвоения профессионально-значимой информации, владение навыками самостоятельной учебной деятельности;
- эмоционально-волевой - личностное отношение к характеру и результату обучения, умения строить межличностные отношения, выработку определенных коммуникативных навыков, умение выявлять и преодолевать трудности, наличие положительных ценностных ориентаций и нравственных качеств, уверенность в успехе, высокая самоорганизация, удовлетворение от самостоятельного получения профессионально значимой информации;

- информационный - речевая, прагматическая и предметная компетенция.

Процесс адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении очень сложен из-за этапов, трудностей, критериев готовности к обучению и многих других составляющих этого процесса. Эта проблема имеет много аспектов и перспектив для исследования.

Заключение. Проведя теоретические исследования, мы пришли к выводу, что, несмотря на определенное количество научных работ по проблеме адаптации студентов к обучению в высших учебных заведениях, она разработана недостаточно. В различных областях психологии существуют различные взгляды на данную проблему, где акцент делается на различные доминирующие компоненты данного феномена. Это вопрос новый в области психологии и поэтому требует более совершенного не только теоретического, но и практического изучения.

Литература/ References:

1. Албитова Е. П., Рогалева Г. И. Социальная адаптация студентов — условие формирования субъектной позиции, социального статуса «Студент вуза» // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2015. № 4(13). С. 90-93.

2. Анисимова Т.Г., Шуметов В.Г. Адаптация современного студенчества к обучению в вузе: количественный анализ результатов социологического исследования // Социологический альманах «Управление в условиях динамично развивающегося общества». 2013. № 5. С. 176-180.

3. Дубовицкая Т. Д., Крылова А. Я. Методика исследования адаптированности студентов в вузе // Психологическая наука и образование. 2010. № 2. С. 27-46.

4. Скитейкина, Ю. А. Социальная адаптация студентов в вузе / Ю. А. Скитейкина. Текст: непосредственный // Молодой ученый. 2021. № 41 (383). С. 303-307.

5. Смирнов А. А., Живаев Н. Г. Психология вузовской адаптации: учеб. пособие. Ярославль: Изд-во ЯрГУ, 2009. 115 с.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ
В СТРУКТУРЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ШИЗОФРЕНИИ
(НА МОДЕЛИ АРИПИПРАЗОЛА)**

Дороженок И. Ю.

Кафедра психиатрии и психосоматики ИКМ ФГАОУ ВО

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России,

(Сеченовский Университет), Россия, г. Москва

ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Россия, г. Москва

Аннотация. В обзоре обсуждены аспекты применения атипичных антипсихотиков при терапии депрессий в рамках аффективных расстройств и шизофрении на модели арипипразола - частичного агониста дофаминовых рецепторов. По данным многочисленных исследований, арипипразол является препаратом выбора для аугментирующей терапии большого депрессивного расстройства, а также для купирующей и долгосрочной поддерживающей монотерапии и комбинированной терапии различных аффективных эпизодов биполярного аффективного расстройства и депрессий при шизофрении.

Ключевые слова: большое депрессивное расстройство, терапевтически резистентная депрессия, аугментирующая терапия депрессии, биполярное аффективное расстройство, биполярная депрессия, депрессии при шизофрении, атипичные антипсихотики, арипипразол.

**MODERN APPROACHES TO THE THERAPY OF DEPRESSION
IN THE STRUCTURE OF AFFECTIVE DISORDERS
AND SCHIZOPHRENIA (BASED ON THE ARIPIPRAZOLE MODEL)**

Dorozhenok I. Yu.

Department of Psychiatry and Psychosomatics I.M.Sechenov

First Moscow Medical University (Sechenov University), Russia, Moscow

Abstract. The review discusses aspects of the use of atypical antipsychotics in the treatment of depression in affective disorders and schizophrenia using the model of aripiprazole, a partial agonist of dopamine receptors. According to numerous studies, aripiprazole is the drug of choice for augmentative therapy of major depressive disorder, as well as for relieving and long-term maintenance monotherapy and combination therapy of various affective episodes of bipolar affective disorder and depression in schizophrenia.

Keywords: major depressive disorder, treatment-resistant depression, augmentation therapy for depression, bipolar affective disorder, bipolar depression, depression in schizophrenia, atypical antipsychotics, aripiprazole.

Введение. В настоящее время отмечается повсеместный рост назначений антипсихотических препаратов страдающим психическими расстройствами и коморбидной патологией пациентам, с прогрессивным увеличением доли атипичных антипсихотиков. Помимо шизофрении и расстройств шизофренического спектра, атипичные антипсихотики все более широко применяются в терапии аффективных расстройств.

Е.В. Оленева и С.Н. Мосолов (2021) [1] обсуждают применение ряда имеющих наибольшую доказательную базу атипичных антипсихотиков для аугментации эффекта антидепрессантов при резистентном к терапии эпизоде рекуррентной депрессии и анализируют потенциальные аугментирующие механизмы: усиление высвобождения как серотонина, так и норадреналина при блокировании 5-НТ2А-рецепторов; одновременное ингибирование обратного захвата серотонина; повышение уровня свободного дофамина. При этом, авторы приводят результаты новых исследований, где кветиапин XR и арипипразол оказались наиболее предпочтительны по соотношению эффективность/переносимость при лечении терапевтически резистентной депрессии.

Также накапливаются данные об эффективности современных атипичных

антипсихотических препаратов при воздействии на негативные и когнитивные симптомы шизофрении, а также на симптомы депрессии, причем как в структуре шизофрении, так и аффективных расстройств [2]. Авторы сообщают, что арипипразол одобрен Управлением по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) для дополнительного лечения большого депрессивного расстройства. А также позиционируют арипипразол как препарат выбора в фармакотерапии депрессии для пациентов позднего возраста (старше 65 лет), поскольку тот не ухудшает когнитивные функции. Акатизия обычно была незначительной и поддавалась коррекции дозы. После приема арипипразола не наблюдалось увеличения массы тела и кардио-метаболического риска.

Арипипразол в терапии большого депрессивного расстройства

Проблема терапевтической резистентности при лечении большого депрессивного расстройства, чаще - рекуррентной депрессии - требует использования комбинированных схем препаратов, где, наряду с антидепрессантами, все более широко применяются атипичные антипсихотики. По данным Seshadri et al. (2021) [3], аугментация небольшими дозами (2,5-5 мг/сут) арипипразола была связана со значительным улучшением показателей исхода депрессии с тенденцией к постепенному увеличению доли ремиттеров, в том числе и при продолжении лечения до 12 месяцев.

Scott et al. (2023) [4] проанализировали результаты 115 исследований дополнительных и комбинированных методов лечения резистентной к терапии депрессии на ранних стадиях. Наиболее высокие показатели эффективности среди антипсихотиков были отмечены у рисперидона и арипипразола. По результатам сетевого мета-анализа 33 рандомизированных клинических исследований (РКИ) (n=10 602) Yan et al. (2022) [5] по применению атипичных антипсихотиков новых поколений в качестве дополнительного лечения у пациентов с недостаточным ответом на терапию депрессии, более предпочтительны по эффективности (ответ и ремиссия) и приемлемости

(выбывание из исследования по любой причине и нежелательные явления), чем другие атипичные антипсихотики, вновь оказались рисперидон и арипипразол.

Все еще открытым остается вопрос о диапазонах эффективных доз арипипразола в качестве дополнительной терапии депрессии. Результаты обзора Furukawa et al. (2022) [6] показали, что арипипразол может обеспечить наибольшую эффективность в минимальном диапазоне разрешенных доз (2-5 мг) при лечении тяжелой депрессии с неадекватным ответом на начальную терапию антидепрессантами, что, безусловно, вызывает вопросы у клиницистов.

Wang et al. (2024) [7] показано, что совместное применение эсциталопрама и арипипразола может оказаться более полезным для поддержания исполнительных функций пациентов и удержания внимания по сравнению с монотерапией эсциталопрамом.

В нескольких работах показано, что арипипразол в качестве аугментирующего средства является препаратом выбора для пожилых пациентов с депрессией благодаря благоприятному спектру переносимости и отсутствию серьезных побочных эффектов. Gebara et al. (2018) [8] предприняли попытку выделения специфических депрессивных симптомов – предикторов ремиссии - при применении арипипразола (с титрацией до 15 мг\сут) в терапии резистентной депрессии у пациентов позднего возраста на терапии высокими дозами венлафаксина (300 мг/сут), среди которых, наряду с инсомнией и отсутствием выраженной гипотимии, фигурируют явления депрессивной анестезии.

Арипипразол в терапии и профилактике биполярной депрессии

Традиционно арипипразол позиционируется как препарат выбора для купирующей и поддерживающей терапии маниакальных и смешанных эпизодов биполярного аффективного расстройства (БАР) I типа как в виде монотерапии, так и в комбинациях с нормотимическими средствами, уступая, по данным ряда обзоров, некоторым атипичным антипсихотикам в лечении

биполярной депрессии [9-10]. Однако, большинство исследований рассматривают эффективность атипичных антипсихотиков исключительно при терапии острой депрессивной фазы, упуская хуже верифицируемые длительные, зачастую многомесячные эпизоды невыраженной депрессии между острыми аффективными эпизодами (занимающие значительную часть времени в динамике БАР).

Несмотря на отсутствие прямых показаний к терапии арипипразолом биполярной депрессии, накапливаются данные о возможностях его успешного применения в профилактике и лечении любых аффективных эпизодов в рамках БАР, включая депрессивные. Так, Calabrese et al. (2018) [11] сообщают о значимой эффективности по сравнению с плацебо стабилизирующей и профилактической терапии арипипразолом в таблетированной и инъекционной (продолжительной) формах в течение 52 недель в отношении маниакальных, смешанных, депрессивных симптомов и функционирования у пациентов после перенесенного маниакального эпизода.

Raschiarotti et al. (2019) [12] в систематическом обзоре по инъекционным нейролептикам длительного действия (ИНДД) для поддерживающего лечения биполярных и шизоаффективных расстройств отмечают, что в группе БАР-I с маниакальным эпизодом на момент включения в исследование моногидрат арипипразола значительно задерживал время до рецидива маниакальных эпизодов, не вызывая депрессивных эпизодов, то есть, речь идет об успешной профилактике депрессивной фазы на терапии арипипразолом. Сходная картина прослеживается в рандомизированном открытом параллельном 32-недельном исследовании для оценки безопасности, переносимости и фармакокинетики различных дозировок инъекционного арипипразола длительного действия у стабилизированных пациентов с БАР I типа, где Harlin et al. (2023) [13] выявили, что участники оставались клинически стабильными на протяжении всего исследования.

В обзоре Н.Н. Петровой (2022) [14], посвященном клинико-

терапевтическим аспектам БАР, указывается, что в течение последних двух десятилетий несколько новых антипсихотиков были включены в перечень препаратов, одобренных FDA для лечения БАР, в том числе: арипипразол (2004 г. – маниакальные и смешанные эпизоды; 2005 г. – поддерживающая терапия; 2017 г. - арипипразол один раз в месяц для поддерживающей монотерапии).

А. Nestsiarovich et al. (2022) [15] проведя анализ тщательно отобранных по критериям стандартов качества 22 РКИ (n=7773), установили, что поддерживающая терапия стабилизированных пациентов с БАР арипипразолом, оланзапином, кветиапином, рисперидоном, стабилизатором настроения была связана с меньшим количеством новых эпизодов как мании, так и биполярной депрессии, чем плацебо. Добавление арипипразола к литию или противосудорожному стабилизатору было более эффективным по сравнению с монотерапией нормотимиками. Авторы подтверждают недавно разработанные рекомендации CINP (The International College of Neuropsychopharmacology) по долгосрочному лечению БАР «начинать с монотерапии литием, арипипразолом, оланзапином, палиперидоном, кветиапином или рисперидоном».

Об эффективности арипипразола для лечения биполярной депрессии в сравнении с кветиапином свидетельствует работа Tao et al. (2022) [16], где был проведен анализ 17 исследований (n=1546). Авторы не выявили существенной разницы в частоте ремиссии между пациентами, получавшими арипипразол и кветиапин; частота ремиссии арипипразола с карбонатом лития была значительно выше, чем кветиапина с карбонатом лития при лечении биполярной депрессии; не было различий в баллах по шкале Гамильтона (HAM-D) между пациентами, принимавшими арипипразол и кветиапин; частота прекращения лечения арипипразолом была аналогична таковой для кветиапина при лечении пациентов с биполярной депрессией.

Арипипразол в терапии депрессий при шизофрении

Депрессии при шизофрении имеют высокую распространенность и представляют собой многофакторную, сложную и крайне актуальную проблему, изучением которой занимались ведущие ученые в области клинической психиатрии. Профессор С.Н. Мосолов (2020) [17] в работе, посвященной диагностике и терапии депрессии при шизофрении, приводит данные метаанализа сравнительной эффективности и переносимости 32 антипсихотиков, охватывающий почти 90 РКИ (n~ 20000), где большинство антипсихотиков (арипипразол - среди наиболее эффективных) значительно превосходят плацебо по уровню редукции депрессивных симптомов по шкале PANSS. В другом мета-анализе 50 РКИ показано существенное превосходство ряда современных атипичных антипсихотиков (амисульприд, арипипразол, клозапин, оланзапин, кветиапин) над антипсихотиками первого поколения в отношении редукции депрессивных симптомов по шкале PANSS при купировании обострений шизофрении. Автор подчеркивает атипичность клинической картины депрессии при шизофрении: отсутствие дифференцированного чувства тоски, стертость и незавершенность аффективных и витальных проявлений и рекомендует различать первичную (осевой синдром) и вторичную депрессивную симптоматику (экстрапирамидные симптомы, личностная реакция, нозогения, социальные факторы и др.), что определяет терапевтическую тактику, включающую как психофармакотерапию, так и, в соответствии с современными мировыми трендами, персонифицированные психо-социальные интервенции [18].

Исследование McEvoy et al. (2021) [19] по долгосрочному (124 недель) влиянию арипипразола лауроксила на качество жизни, связанное со здоровьем, у пациентов с шизофренией (n=291) продемонстрировало постепенное и устойчивое улучшение субъективных показателей психического здоровья, включая фон настроения, оказавшихся сопоставимыми с таковыми в общей популяции здорового населения и превышающих субъективные показатели у

пациентов с депрессией без шизофрении.

В систематическом обзоре и мета анализе 14 РКИ (n= 2494) D.D. Kim et al. (2021) [20] изучалась эффективность и переносимость арипипразола (как представителя частичных агонистов D₂R) по сравнению с нейролептиками первого и второго поколений - антагонистами D₂ - на раннем этапе шизофрении с длительностью заболевания ≤5 лет. Арипипразол существенно не отличался от антагонистов D₂R по общей редукции симптомов шизофрении, однако оказался более эффективным в отношении симптомов депрессии и имел более благоприятный профиль переносимости по уровням пролактина и триглицеридов.

В свою очередь, Л.Н. Горобец с соавт. (2023) [21] изучали динамику психического состояния и уровней пролактина у пациентов с хронической шизофренией (n=60) в процессе терапии арипипразолом (средняя суточная дозировка –15,33±4,52 мг) в открытом, нерандомизированном, проспективном исследовании. Эффективность монотерапии арипипразолом при немедленном переходе с одновременной отменой предшествующей терапии антипсихотиком у больных с хронической шизофренией отмечена у 43 (71,7%) пациентов. Эффективность терапии не зависела от фоновых значений пролактина: при высоких показателях происходит снижение, а при низких—повышение уровня пролактина.

И.В. Олейчик с соавт. (2023) [22] изучали эффективность и безопасность арипипразола в лечении депрессивных состояний, развившихся в рамках шизофрении, отметив, что арипипразол в ряду других атипичных антипсихотиков рекомендован как препарат для поддерживающей терапии при шизофрении в случаях, когда у пациента выявляются депрессивные симптомы. Максимальная эффективность препарата отмечена при депрессивных состояниях с преобладанием негативной аффективности.

Заключение. Рассмотренные в обзоре исследования позволяют верифицировать высокую аугментирующую активность арипипразола при

большом депрессивном расстройстве в случаях терапевтически резистентной депрессии; эффективность при купирующей и долгосрочной поддерживающей терапии всего спектра аффективных эпизодов БАР, а также депрессий в рамках шизофрении как в виде монотерапии, так и в комбинациях с нормотимическими средствами и антидепрессантами, соответственно.

Новый отечественный пероральный генерик аripипразола Ралотекс представляется препаратом выбора среди антипсихотиков при терапии депрессий в рамках аффективных расстройств и шизофрении, чему способствует благоприятный профиль переносимости и безопасности, обеспечивающий необходимый комплайнс для долгосрочной терапии и позитивно влияющий на качество жизни пациентов.

Литература / References:

1. Оленева, Е., & Мосолов, С. (2021). Применение атипичных антипсихотиков для аугментации эффекта антидепрессантов при резистентном к терапии эпизоде рекуррентной депрессии. Современная Терапия Психических Расстройств, (4), 2–13. <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2021.26.96.001>
2. Orzelska-Górka, J., Mikulska, J., Wiszniewska, A., & Biała, G. (2022). New Atypical Antipsychotics in the Treatment of Schizophrenia and Depression. International Journal of Molecular Sciences, 23(18). <https://doi.org/10.3390/IJMS231810624>
3. Seshadri, A., Wermers, M. E., Habermann, T. J., & Singh, B. (2021). Long-term Efficacy and Tolerability of Adjunctive Aripiprazole for Major Depressive Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. The Primary Care Companion for CNS Disorders, 23(4). <https://doi.org/10.4088/PCC.20R02799>
4. Scott, F., Hampsey, E., Gnanapragasam, S., Carter, B., Marwood, L., Taylor, R. W., Emre, C., Korotkova, L., Martín-Dombrowski, J., Cleare, A. J., Young, A. H., & Strawbridge, R. (2023). Systematic review and meta-analysis of augmentation and combination treatments for early-stage treatment-resistant depression. Journal of Psychopharmacology (Oxford, England), 37(3), 268–278.

<https://doi.org/10.1177/02698811221104058>

5. Yan, Y., Yang, X., Wang, M., Chen, B., Yin, L., & Ma, X. (2022). Efficacy and acceptability of second-generation antipsychotics with antidepressants in unipolar depression augmentation: a systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 52(12), 2224–2231. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001246>

6. Furukawa, Y., Hamza, T., Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., & Ostinelli, E. G. (2022). Optimal dose of aripiprazole for augmentation therapy of antidepressant-refractory depression: preliminary findings based on a systematic review and dose-effect meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 221(2), 440–447. <https://doi.org/10.1192/BJP.2021.165>

7. Wang, Y., Lu, Z., & Xun, G. (2024). Effect of aripiprazole on promoting cognitive function and enhancing clinical efficacy in patients with first-episode depression on escitalopram: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 344, 159–168. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2023.10.038>

8. Gebara, M. A., DiNapoli, E. A., Kasckow, J., Karp, J. F., Blumberger, D. M., Lenze, E. J., Mulsant, B. H., & Reynolds, C. F. (2018). Specific depressive symptoms predict remission to aripiprazole augmentation in late-life treatment resistant depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(2), e330–e335. <https://doi.org/10.1002/GPS.4813>

9. Kadakia, A., Dembek, C., Heller, V., Singh, R., Uyei, J., Hagi, K., Nosaka, T., & Loebel, A. (2021). Efficacy and tolerability of atypical antipsychotics for acute bipolar depression: a network meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12888-021-03220-3>

10. Bahji, A., Ermacora, D., Stephenson, C., Hawken, E. R., & Vazquez, G. (2020). Comparative efficacy and tolerability of pharmacological treatments for the treatment of acute bipolar depression: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 269, 154–184. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2020.03.030>

11. Calabrese, J. R., Sanchez, R., Jin, N., Amatniek, J., Cox, K., Johnson, B., Perry, P., Hertel, P., Such, P., McQuade, R. D., Nyilas, M., & Carson, W. H. (2018). Symptoms and functioning with aripiprazole once-monthly injection as maintenance treatment for bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorders*, 227, 649–656. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2017.10.035>

12. Pacchiarotti, I., Tiihonen, J., Kotzalidis, G. D., Verdolini, N., Murru, A., Goikolea, J. M., Valentí, M., Aedo, A., & Vieta, E. (2019). Long-acting injectable antipsychotics (LAIs) for maintenance treatment of bipolar and schizoaffective disorders: A systematic review. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 29(4), 457–470. <https://doi.org/10.1016/J.EURONEURO.2019.02.003>

13. Harlin, M., Yildirim, M., Such, P., Madera-McDonough, J., Jan, M., Jin, N., Watkin, S., & Larsen, F. (2023). A Randomized, Open-Label, Multiple-Dose, Parallel-Arm, Pivotal Study to Evaluate the Safety, Tolerability, and Pharmacokinetics of Aripiprazole 2-Month Long-Acting Injectable in Adults With Schizophrenia or Bipolar I Disorder. *CNS Drugs*, 37(4), 337–350. <https://doi.org/10.1007/S40263-023-00996-8>

14. Петрова, Н. Н. (2022). Биполярное аффективное расстройство. Новые возможности терапии. *Современная Терапия Психических Расстройств*, 1, 45–55. <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2022.60.1.005>

15. Nestsiarovich, A., Gaudiot, C. E. S., Baldessarini, R. J., Vieta, E., Zhu, Y., & Tohen, M. (2022). Preventing new episodes of bipolar disorder in adults: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 54, 75–89. <https://doi.org/10.1016/J.EURONEURO.2021.08.264>

16. Tao, H., Wang, J., Shen, D., Sun, F., & Jin, W. (2022). Is aripiprazole similar to quetiapine for treatment of bipolar depression? Results from meta-analysis of Chinese data. *Frontiers in Psychiatry*, 13.

<https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.850021>

17. Мосолов, С. Н. (2020). Диагностика и терапия депрессии при шизофрении. *Consortium Psychiatricum*, 1(2), 29–42.

<https://doi.org/10.17650/2712-7672-2020-1-2-29-42>

18. Антохин Е.Ю., Васильева А.В., Болдырева Т.А., Антохина Р.И. Индивидуально-психологические характеристики и особенности совладания с заболеванием у пациентов с первым психотическим эпизодом и постпсихотической депрессией как мишени для психосоциальных интервенций // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. DOI: 10.31363/2313-7053-2024-775

19. McEvoy, J. P., Weiden, P. J., Lysaker, P. H., Sun, X., & O’Sullivan, A. K. (2021). Long-term effect of aripiprazole lauroxil on health-related quality of life in patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12888-021-03124-2>

20. Kim, D.D., Barr, A.M., Lian, L., Yuen, J.W.Y., Fredrikson, D., Honer, W.G., Thornton, A.E., & Procyshyn, R.M. (2021). Efficacy and tolerability of aripiprazole versus D2 antagonists in the early course of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *NPJ Schizophrenia*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/S41537-021-00158-Z>

21. Горобец Л.Н., Доровских И.В., Литвинов А.В., Буланов В.С., Гамдуллаев С.К., Павлова Т.А. (2023) Динамика психического состояния и уровней пролактина у пациентов с хронической шизофренией в процессе терапии арипипразолом. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 57(3):48-58. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-714>

22. Олейчик И.В., Баранов П.А., Шишковская Т.И. (2023). Применение атипичного антипсихотика третьего поколения арипипразола (Зилаксера®) в лечении депрессивных состояний, развившихся в рамках шизофрении: исследование эффективности и безопасности. *Психиатрия (Москва)*, 21(3), 6–

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

Жабарова Л. А.

*Национальный университет Узбекистана имени М. Улугбека,
Республика Узбекистан г. Ташкент*

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

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

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

Zhabarova L. A.

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

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

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

Введение. Разводы среди военнослужащих представляют собой значительную психологическую и социальную проблему, затрагивающую не только сами отношения, но и общее психическое здоровье, адаптацию и функциональность военнослужащих. Эти разводы часто сопровождаются

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

Психиатры, психологи, социальные работники и другие профессионалы играют ключевую роль в создании интегрированного плана поддержки, который учитывает, как специфические психиатрические потребности, так и социальные и эмоциональные аспекты разводов. Несмотря на значимость междисциплинарного взаимодействия, существует нехватка систематизированных данных и практических руководств, касающихся координации работы между этими специалистами. Актуальность исследования данного вопроса обусловлена необходимостью создания эффективных междисциплинарных стратегий, которые могут улучшить результаты лечения и поддержку военнослужащих в процессе разводов.

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

Психиатрическое и психологическое вмешательство в таких случаях требует согласованных усилий различных специалистов. Психиатры обеспечивают медицинскую оценку и лечение психических расстройств, включая фармакотерапию и психотерапию. Психологи проводят диагностику и

вмешательства, направленные на улучшение эмоционального и когнитивного состояния, включая когнитивно-поведенческую терапию и другие методы. Социальные работники играют важную роль в оказании практической поддержки, связанной с социальными и юридическими аспектами разводов, а также в координации ресурсов и услуг, доступных для военнослужащих и их семей.

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

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

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

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

Анализ количественных данных включает использование данных из таблиц и диаграмм для сравнения показателей до и после тренинга. Это

позволяет выявить статистически значимые различия и тенденции.

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

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

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

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

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

Заключение. Исследование психологических особенностей разводов среди военнослужащих в контексте междисциплинарного взаимодействия подчеркивает важность комплексного подхода к пониманию и решению проблем, связанных с семейными отношениями в условиях военной службы. В

ходе исследования были выявлены ключевые аспекты, влияющие на устойчивость семейных связей военнослужащих, включая специфику военной службы, высокие уровни стресса и несоответствие ожиданий от брака с реальностью службы.

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

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

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

Необходимость дальнейшего углубленного междисциплинарного исследования взаимодействия психологических, социальных и организационных факторов, влияющих на разводы среди военнослужащих, с целью разработки более точных и эффективных профилактических и коррекционных мер становится очевидной.

Создание и внедрение программ, учитывающих психологические и социальные аспекты военной службы, а также предоставление доступных ресурсов для военнослужащих и их семей представляет собой важный шаг в решении данных проблем. Повышение осведомленности и доступности

помощи для военнослужащих и их семей о поддержке и помощи в преодолении семейных трудностей, а также обучение специалистов по работе с данной категорией граждан способствуют улучшению психологического и эмоционального состояния военнослужащих и их семей. Это, в свою очередь, способствует повышению общего уровня социальной адаптации и устойчивости в условиях военной службы.

Литература/References:

1. Андреев, В. С. Психологические особенности адаптации военнослужащих и их семей. Журнал психологических исследований. 2018. С. 33-45.
2. Громова, Е. А. Семейные отношения военнослужащих: проблемы и пути их решения. Военная психология и педагогика. 2021. С. 12-26.
3. Дмитриева, О. В. Социально-психологические аспекты разводов в военнослужащих семьях. Вестник психологии. 2019. С. 50-65.
4. Ильин, В. В., Петрова, И. Н. Влияние частых переездов на семейные отношения военнослужащих. Социологические исследования. 2020. С. 77-92.
5. Ковалев, А. И. Психологическая поддержка семей военнослужащих в условиях службы. Психология и жизнь. 2017. С.102-118.
6. Махмудов, А. Р. Адаптация и стрессы семей военнослужащих: теория и практика. Узбекистанский журнал психологии. 2019. С. 29-41.
7. Новиков, В. П. Эффективные стратегии преодоления стресса в семьях военнослужащих. Журнал социальной работы. 2018. С. 66-80.
8. Родионова, Н. А. Междисциплинарный подход к поддержке военных семей. Военно-психологический журнал. 2021. С. 85-98.
9. Сидоров, И. А. Психологическая поддержка и профилактика разводов среди военнослужащих. Российский журнал психологии. 2022. С. 109-123.
10. Турдимов, М. И. Социальные и психологические аспекты адаптации семей военнослужащих в Узбекистане. Восточный журнал социальных наук. 2019. С. 55-67.

11. Anderson, K., & Heyman, R. E. The Impact of Military Service on Family Relationships: A Comprehensive Review. *Journal of Military Psychology*, 30(4), 2018/ 223-236. <https://doi.org/10.1037/mil0000234>

12. Anderson, K., & Heyman, R. E. The Impact of Military Service on Family Relationships: A Comprehensive Review. *Journal of Military Psychology*, 30(4), /2018/ 223-236. <https://doi.org/10.1037/mil0000234>

**ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,
ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПРИЕМОМ ИЗОНИАЗИДА
ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ**

Каримов Р. Х.

Кафедра патоморфологии

Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал.

Республика Узбекистан, г. Ургенч

Аннотация. Противотуберкулезные препараты у больных туберкулезом могут провоцировать нервно-психические проявления, психические, поведенческие расстройства. Изониазид наиболее часто вызывает медикаментозный психоз у больных туберкулезом.

Ключевые слова: туберкулез, палочка Коха, психические, поведенческие расстройства. изониазид, прием, заболевание.

**MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS CAUSED BY TAKING
ISONIAZID IN TUBERCULOSIS**

Karimov R. X.

Department of Pathomorphology,

Tashkent Medical Academy, Urgench branch.

Republic of Uzbekistan, Urgench

Abstract. Anti-tuberculosis drugs in tuberculosis patients can provoke neuropsychiatric manifestations, mental, behavioral disorders. Isoniazid most often causes drug-induced psychosis in tuberculosis patients.

Keywords: tuberculosis, Koch's bacillus, mental, behavioral disorders.

Туберкулез остается серьезной проблемой здравоохранения в мире [1]. Туберкулез сопровождает человечество на протяжении тысячелетий [2]. Люди чаще всего заражаются туберкулезом через некипяченое коровье молоко [3]. Заражаются туберкулезом в основном со смертельным исходом, взрослые - друг от друга [4]. Чем теснее и скученнее люди жили, тем сильнее пораженность туберкулезом [5]. Легочная форма передается людям воздушно-капельным, воздушно-пылевым путем [6]. Контакт больных туберкулезом здоровыми людьми, помогает распространяться болезни [7]. В мире заболеваемость и распространенность этого заболевания неуклонно снижаются по сравнению с предыдущими десятилетиями [8]. На туберкулез по-прежнему приходится максимальное количество потерянных лет жизни с поправкой на инвалидность среди всех инфекционных заболеваний [9]. По данным Всемирной Организации здравоохранения, палочкой Коха инфицирована треть населения Земли [10]. Исследователи говорят, что ею могут быть заражены до 80% жителей страны [11]. Но большинство из них об этом никогда не узнают: человек заболевает, только если бактерии переходят в активную стадию [12].

Большинство авторов придерживаются двух механизмов действия при психозах, связанных с изониазидом: дефицит пиридоксина, токсичность изониазида, молекула, близкая по химическому составу к ипрониазиду, мощный ингибитор моноаминоксидазы. Предрасполагающими факторами являются: замедление ацетиляции, диабет, печеночная недостаточность, пожилой возраст, алкоголизм.

Семейный и личный анамнез психических заболеваний также являются предрасполагающими факторами. Здесь мы сообщаем о наблюдении 47-летнего мужчины психотическими симптомами, предположительно связанными с приемом изониазида. Благоприятная эволюция после окончательного прекращения терапии изониазидом свидетельствует в пользу этой

гипотезы. Несмотря на редкость нервно-психических симптомов во время лечения туберкулеза изониазидом, необходимо учитывать возможность ятрогенной этиологии. Изониазид, противотуберкулезный препарат, широко используемый в Африке, упоминается несколькими авторами как причина психических расстройств. Дефицит пиридоксина, по-видимому, играет роль триггера. Поэтому прием витамина В6 во время лечения изониазидом должен быть систематическим, чтобы смягчить эти расстройства.

Психоз, индуцированный приемом изониазида, у пациента с легочным туберкулезом. Изониазид является одним из наиболее важных препаратов в лечении туберкулеза легких; из всех противотуберкулезных препаратов он наиболее часто вызывает медикаментозный психоз [13]. Здесь сообщается о клиническом случае психоза, вызванного изониазидом, у 31-летнего пациента с туберкулезом легких.

Изониазид гидразид изоникотиновой кислоты является препаратом первой линии при лечении туберкулеза. Изониазид используется для лечения туберкулеза на протяжении многих десятилетий. Он по-прежнему остается одним из наиболее эффективных и специфичных препаратов, используемых при туберкулезе. Средняя Азия несет максимальное бремя туберкулеза с катастрофическими экономическими и социальными последствиями. Согласно Глобальному отчету по туберкулезу за 2023 год, предполагаемая заболеваемость и распространенность всех форм туберкулеза увеличивается из-за устойчивых форм.

Психоз - это психическое расстройство, характеризующееся бредом, галлюцинациями, спутанностью сознания и нарушением поведения, которые заставляют пациентов воспринимать или интерпретировать вещи иначе, чем другие люди. Психоз, вызванный наркотическими или психоактивными веществами - это любой психотический эпизод, связанный с употреблением вышеуказанных веществ.

В Средней Азии самый высокий уровень заболеваемости туберкулезом во

всем мире, что делает его серьезной проблемой здравоохранения, и изониазид является одним из основных препаратов 1-й линии, используемых при его лечении. По-прежнему существует дефицит литературы о частоте и распространенности психозов, вызванных изониазидом, и этот отчет о клиническом случае мог бы помочь клиницистам в целом в проведении дифференциальной диагностики острого психоза у пациентов, получающих противотуберкулезную терапию, особенно у предрасположенных лиц.

Туберкулез остается серьезной проблемой здравоохранения на планете. Хотя заболеваемость и распространенность этого заболевания неуклонно снижаются по сравнению с предыдущими десятилетиями, на него по-прежнему приходится максимальное количество потерянных лет жизни с поправкой на инвалидность среди всех инфекционных заболеваний.

Различные факторы, включая ВИЧ-инфекцию, бедность, недостаточное питание, бездомность и злоупотребление наркотиками, могут привести к увеличению распространенности туберкулеза. В противотуберкулезном диспансере г. Ургенча клиническом случае у пациента был диагностирован первичный туберкулез легких, и первоначально ему был назначен интенсивный 2-месячный курс лечения, состоящий из четырех стандартных препаратов первой линии: изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол.

BPRS - одна из старейших оценочных шкал, используемая клиницистами и исследователями для оценки ряда психиатрических симптомов, таких как депрессия, тревожность и психоз. Шкала была впервые опубликована в изданиях и позже была расширена до 18 пунктов, а затем и до 24-балльной шкалы. 24 пункта оцениваются по шкале от 1 (отсутствует) до 7 (крайне тяжелая степень), и ставится 0, если какой-либо пункт не оценен. Общее количество баллов колеблется от 24 до 168, причем более высокие баллы указывают на более тяжелую психопатологию.

Тяжесть по шкале BPRS оценивается как легкая (общий балл 31–40), умеренная (общий балл 41–52) и тяжелая (общий балл >52). Временная связь

между назначением противотуберкулезной терапии и появлением психотических симптомов при отсутствии предшествующего психиатрического анамнеза убедительно свидетельствовала о диагнозе медикаментозного психоза. Из всех противотуберкулезных препаратов изониазид наиболее часто вызывает нежелательные явления в виде острого психоза.

Помимо психоза, изониазид может вызывать целый ряд других нервно-психических состояний, включая паранойю, обсессивно-компульсивное расстройство, депрессию и манию. Также с использованием изониазида было связано несколько нейропсихиатрических состояний, включая периферическую невропатию, нарушения сна, головную боль и помутнение зрения. В данном случае у пациента развились психотические симптомы через 4 недели после начала противотуберкулезной терапии.

Симптомы прошли через 15 дней после отмены противотуберкулезной терапии и начала приема оланзапина в дозе 10 мг/сут. и лоразепама в дозе 2 мг/сут. Впоследствии оба препарата были отменены, и на протяжении всего курса дальнейшего противотуберкулезного лечения рецидивов не было. Состояние пациента и ремиссия симптомов были аналогичны случаю 27-летней женщины с не примечательным психиатрическим анамнезом, у которой наблюдались острый параноидальный бред, тревожное возбуждение и бессонница в течение 4 дней после начала приема изониазида 300 мг в рамках интенсивного режима противотуберкулезной терапии; симптомы полностью исчезли в течение 21 дня после начала приема оланзапина.

Аналогичным образом, у другого пациента с психозом, индуцированным приемом изониазида, с ранее ничем не примечательным психиатрическим анамнезом в течение 12 дней после начала противотуберкулезной терапии развился острый психоз, который полностью разрешился в течение 2 дней после отмены противотуберкулезной терапии. В отличие от данного случая, у этого пациента наблюдалось самостоятельное разрешение симптомов сразу после прекращения терапии и отсутствие каких-либо психозов в анамнезе.

Медикаментозные психотические симптомы обычно проявляются от нескольких дней до 2 месяцев после начала лечения изониазидом. Хотя точная причина остается неясной, существует несколько предполагаемых механизмов возникновения психоза, связанного с изониазидом.

Механизмы патогенеза предполагают, что изониазид действует как ингибитор моноаминоксидазы, вызывая избыточную или недостаточную выработку моноаминовых нейромедиаторов серотонина, дофамина и норадреналина. Изониазид также может действовать как неселективный ингибитор моноаминоксидазы. Таким образом, предотвращая деградацию моноаминов, то есть адреналина, норадреналина, серотонина, а также дофамина, что в конечном итоге приводит к повышению концентрации этих нейромедиаторов; в первую очередь, дофамин и серотонин в синапсе воздействуют на дофаминергические рецепторы, что приводит к психотическим симптомам.

Литература / References:

1. Аскарова Р.И., Юсупов Ш.Р. Арт-терапия как способ лечения психических и неврологических расстройств у детей больных туберкулезом // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии. Кемерово: КемГМУ, 2021.
2. Аскарова Р. И. Задания для самостоятельной работы и контроля знаний студентов по детской фтизиатрии // Высшее образование. Москва, 2020.
3. Аскарова Р.И. Влияние Аральского кризиса на здоровье населения в Хорезмской области // Современный мир, природа и человек. Кемерово, 2021.
4. Аскарова Р. И. Применение арт-терапии у пожилых пациентов, больных туберкулезом практика исцеления творчеством: современная арт-терапия в образовании, медицине и социальной сфере. Кемерово: КемГМУ, 2021.
5. Аскарова Р. И. Взаимоотношения человека с природой на современном этапе // Современный мир, природа и человек: сборник материалов XXII-ой

Международной научно-практической конференции (Кемерово, 10 октября 2023 г.). Кемерово: КемГМУ, 2023.

6. Аскарлова Р. И. Эффективность применения арт-терапии у детей, больных туберкулезом // Новый день в медицине. 2021. №5(37).

7. Аскарлова Р.И. Анализ нежелательных явлений при применении противотуберкулезных препаратов у больных туберкулезом в Хорезмской области // Новый день в медицине. 2021. № 2(34/1).

8. Аскарлова Р. И. Морфологические особенности и гистология туберкулезной бактерии //Новый день в медицине. 2022. № 3(41).

9. Рахимов А. К., Рахимова Г. К., Аскарлова Р. И. Остаточные изменения в легких у детей и подростков после перенесенного инфильтративного туберкулеза (обзор литературы) // Научный аспект. 2024. №2. Т.29. С. 3619-3629.

10. Рахимов А. К. Рахимова Г. К., Аскарлова Р. И. Арт - терапия и исследование стилей литературных авторов с применением в творчестве и в живописи темы туберкулеза // Научный аспект. 2024. № 4. Т.38. С. 4944-4950.

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

12. Сапаева Ш. А., Бакберганов П. М., Мадримова А. Г. Влияние показателей туберкулеза на общественное здоровье // Наука, техника и образование. 2024. №2(94).

11. Селедцов А. М, Акименко Г. В., Кирина Ю. Ю. Проблемы психического здоровья условиях пандемии // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла (Кемерово,18 сентября 2020 г.) / отв. ред. А. М. Селедцов, А.А. Лопатин, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина. Кемерово: КемГМУ, 2020. 370 с.

ТЕХНИКИ АРТ-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Кадырова М. Х.

*Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Аннотация. В данной статье исследованы расстройства пищевого поведения у подростков, определена степень тяжести депрессии, клинические особенности депрессивной симптоматики, дисморфофобические включения и феномены. Приведена эффективность проведения арт-терапии в комплексном лечении расстройств пищевого поведения у подростков.

Ключевые слова: арт-терапия; психотерапия; расстройства пищевого поведения; подростки; личностные особенности; эмоциональные расстройства

THE ROLE OF ART THERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS

Kadyrova M. K.

Tashkent Institute for Advanced Medical Training, Tashkent, Uzbekistan

Abstract. This article examines eating disorders in adolescents, determines the severity of depression, clinical features of depressive symptoms, dysmorphophobic inclusions and phenomena. The effectiveness of art therapy in the complex treatment of eating disorders in adolescents is given.

Keywords: art therapy; psychotherapy; eating disorders; Teen; personality traits; emotional disorders

Введение. В последние десятилетия нарушения пищевого поведения у подростков стали одной из актуальных проблем практического здравоохранения [1, 6]. Навязывание средствами массовой информации, интернет пространства виртуальной сети стандартов красоты и эталонов внешнего облика оказывает пагубное влияние на незрелых в личностном плане

детей и подростков, вызывая формирование расстройств пищевого поведения [2, 4, 7].

Наличие депрессивной симптоматики и характерологических особенностей личности у подростков с расстройствами приёма пищи способствует формированию суицидальных тенденций и аутоагрессивных действий [5, 8]. На фоне идей собственной неполноценности и неприятия внешнего облика собственного тела, идей физического недостатка или уродства большинство подростков отличаются склонностью к развитию суицидальных попыток [3]. Ограничительное пищевое поведение у девочек-подростков, по мнению научных исследователей, сопровождается совершением аутоагрессивных и аутодеструктивных тенденций несуйцидального характера [9].

Цель исследования: изучить эффективность проведения арт-терапии у девочек-подростков с нарушениями пищевого поведения для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и дифференцированного выбора психотерапевтической тактики.

Материалы и методы исследования: было обследовано 52 пациентки в возрасте 15-19 лет, поступивших в пограничное отделение городской психиатрической клиники. Согласно МКБ-10, у девочек-подростков был верифицирован диагноз из рубрики F50 Расстройства приема пищи: F50.0 «Нервная анорексия». Уровень депрессии мы определяли с помощью шкалы самооценки депрессии Цунга. Всем пациенткам были проведены групповые сеансы арт-терапии в течении срока пребывания в стационарных отделениях психиатрической клиники. Большинство пациенток продолжало посещать сеансы арт-терапии и после выписки из стационара, мотивируя улучшением психоэмоционального фона и адаптационных способностей, улучшением внутрисемейных взаимоотношений с родителями и близкими (рис.1).



Рис. 1. Групповые сеансы арт-терапии.

Результаты и обсуждение. На инициальном этапе исследования при оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Цунга тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 61,5% составили исследуемые с легкой степенью депрессии и лишь в 38,5% случаев (была выявлена депрессия средней тяжести). Депрессивная симптоматика проявлялась тревожно-фобическими расстройствами и соматовегетативными компонентами в виде стойкого снижения аппетита на фоне пониженного настроения и твердой убежденностью пациенток в неполноценности собственных параметров фигуры и несоответствия их параметрам мировых стандартов моды и рейтингов популярности.

В клинической картине дисморфофобической депрессии ведущие жалобы были на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Подростки предъявляли претензии к родителям по поводу генетического наследования недостатков фигуры в виде излишней массы тела, крупных размеров груди, широких бёдер или пухлых щек и огромного носа, обвиняли своих родителей в избыточном вскармливании в раннем детстве и

чрезмерном употреблении калорий.

Жалобы в основном были на недовольство собственной внешностью, тревожных мыслей по поводу будущего, негативного восприятия прошлого и настоящего, обида на родителей и окружающих, стремления к одиночеству и уединению. Суицидальные тенденции в этой группе ограничивались только мыслями и планированием, высказывания имели нестойкий пассивный характер, подростки неохотно сообщали о своих замыслах и намерениях, сведения в основном были собраны у родителей, которые обнаружили регистрацию своих детей на различных сайтах социальных сетей и сообществ в Интернете, пропагандирующих культ смерти. Родители нескольких девочек предоставили патологическое творчество своих детей, картинки, нарисованные в период высокого уровня личностной тревожности (рис.2).

У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательно отношение к жизни, по данным теста Цунга эти девочки стремились к одиночеству, стремление избежать помощи со стороны.



Рис. 2.- Творчество пациенток.

В 56% случаев пациентки испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. В основном пациентки совершали порезы острыми предметами в области локтевых сгибов и по внутренней поверхности бёдер. Намерения не носили истинного желания покончить жизнь самоубийством, скорее всего самопорезы совершались на высоте депрессивного аффекта с целью получения душевного облегчения и снятия тревожного напряжения.

На следующем этапе исследования были проведены групповые сеансы арт-терапии. Участникам предлагались различного вида трафареты с последующим раскрашиванием их акварельными красками, а затем интерпретацией полученных изображений и обсуждением эмоциональных чувств, испытанных в период проведения арт-терапии (рис.3)



Рис. 3. - Использование акварели и гуашь.

Девочки с удовольствием раскрашивали цветы, фрукты, композиции из овощей, предлагали на следующие сеансы арт-терапии разнообразить выбор тематики, использовать комбинированные методы - оригами, мозаику, лепку.

Выполнение заданий психотерапевта, общение со сверстницами,

коллективные обсуждения и анализ раскрашиваемых рисунков, свободное произвольное рисование способствовало раскрытию творческого потенциала (рис.4).

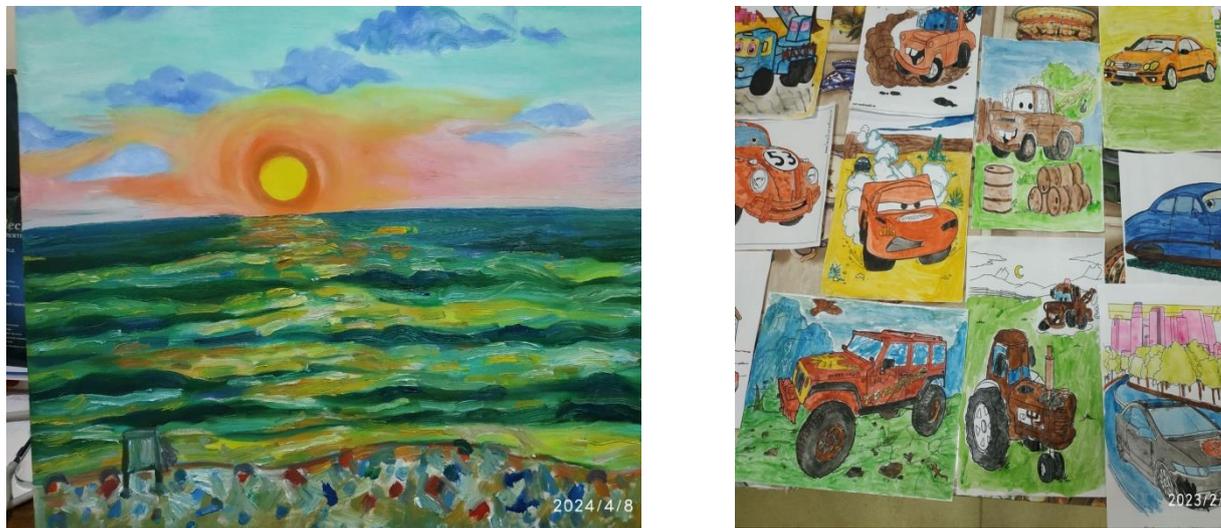


Рис.4. - Творчество пациентов.

Заключение. Проведенное исследование эффективности применения арт-терапии у подростков с расстройствами пищевого поведения риска развития суицидальных тенденций у подростков с нарушениями пищевого поведения установило, что групповые сеансы психотерапевтического вмешательства способствуют устранению психоэмоциональных нарушений у подростков, формируют адаптацию подростков в социуме, сокращают сроки пребывания в стационаре.

Литература/ References:

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. Babarakhimova SB, Abdullaeva VK, Sultonova KB, et al. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents / Sciences of Europe. Vol 2, No 36 (2019) pp. 52-55

3. Babarakhimova SB, Abdullaeva VK, Abbasova DS., et al. Research of influence personal characteristics in adolescents in development types of suicidal tendencie // Austria-science. Vol 1, No 24 (2019) pp. 16-18

4. Babarakhimova S.B., Mirvorisova Z.Sh., Fayzullaeva K.R. Art therapy of digestive disorders in patients with paranoid schizophrenia // Problems of biology and medicine. 2023. - No 1 (142). - pp. 29-33.

5. Fayzullaeva K.R., Babarakhimova S.B Features of psychotherapy of digestive behavior disorders in patients with paranoid schizophrenia with consideration of gender differences // Journal of Theoretical and Clinical Medicine, №4, 2023. с.41-44

6. 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

7. 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.

8. 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.

9. 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

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ
УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Козлов Е. Е., Лизунова Н. В., Вострых Д. В., Лопатин А. А.

ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер

имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России,

Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье рассматриваются основные аспекты психологического сопровождения пациентов с психическими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ. Описываются ключевые задачи психологической помощи, приводятся методы психологической помощи, подчеркивается важность мультидисциплинарного подхода в лечении таких пациентов, а также роль различных психотерапевтических вмешательств, арт-терапии и телесно-ориентированных методов.

Ключевые слова: психологическое сопровождение, психические расстройства, психоактивные вещества, медицинская реабилитация, социальная реабилитация.

**PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR PATIENTS WITH MENTAL
DISORDERS CAUSED BY THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES**

Kozlov E. E., Lizunova N. V., Vostrykh D. V., Lopatin A. A.

Kuzbass Clinical Narcological Dispensary

named after Professor N.P. Kokorina, Russia, Kemerovo

Abstract The article discusses the main aspects of psychological support for patients with psychiatric disorders caused by substance use. Key tasks of psychological support are described, methods of psychological support are given, the importance of multidisciplinary approach in the treatment of such patients is emphasized, as well as the role of various psychotherapeutic interventions, art therapy and body-oriented methods.

Keywords: psychological support, mental disorders, psychoactive substances,

medical rehabilitation, social rehabilitation.

Введение. Психические расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (далее – ПАВ), включают широкий спектр состояний, от легких нарушений настроения до тяжелых психозов. Психоактивные вещества, такие как алкоголь, наркотики и некоторые медицинские препараты, могут оказывать разрушительное воздействие на психику, приводя к изменениям в поведении, восприятии и когнитивных функциях. Важно понимать, что лечение таких расстройств требует комплексного подхода, включающего как медицинские, так и психологические методы [2].

Основные задачи психологического сопровождения.

Основными задачами психологического сопровождения пациентов с психическими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ, являются:

1. **Диагностика психического состояния:** определение степени и характера психических расстройств, связанных с употреблением ПАВ [5]. Диагностика психических расстройств у пациентов, употребляющих ПАВ, является первоочередной задачей. Важно учитывать как непосредственное воздействие вещества на психику, так и возможные длительные последствия его употребления. Диагностические методы включают клиническое интервью, психометрические тесты и лабораторные исследования. Особое внимание уделяется выявлению сопутствующих психических расстройств, таких как депрессия, тревожные расстройства и психозы [9].

2. **Психологическая поддержка:** оказание эмоциональной и психологической поддержки пациенту на всех этапах лечения [6].

3. **Разработка индивидуальных планов лечения:** создание персонализированных программ лечения, учитывающих особенности каждого пациента [8].

4. **Профилактика рецидивов:** профилактика рецидивов является важной составляющей психологического сопровождения. Она включает

регулярные контрольные встречи с психологом или психотерапевтом, участие в группах поддержки, обучение пациента методам саморегуляции и предоставление инструментов для предотвращения повторного употребления ПАВ [3].

5. **Работа с семьей и близкими:** вовлечение семьи в процесс лечения и обучение их методам поддержки пациента [4].

Терапевтические подходы. Терапевтические подходы к лечению психических расстройств, вызванных употреблением ПАВ, включают медикаментозное лечение, психотерапию и социальную реабилитацию. Медикаментозное лечение направлено на купирование острых психических симптомов и стабилизацию состояния пациента. Психотерапия, в свою очередь, помогает пациенту осознать причины и последствия своего состояния, а также разработать стратегии преодоления зависимости [6].

Методы психологической помощи. Психологическое сопровождение включает использование различных методов и техник, направленных на улучшение психического состояния пациента и его адаптацию к жизни без ПАВ.

1. **Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ):** помогает пациентам выявлять и изменять негативные мысли и поведение, связанное с употреблением ПАВ [6].

2. **Мотивационное интервью:** этот метод направлен на повышение мотивации пациента к изменению поведения и отказу от ПАВ [8].

3. **Групповая терапия:** участие в группах поддержки помогает пациентам обмениваться опытом и получать поддержку от людей с аналогичными проблемами [7].

4. **Психообразование:** обучение пациентов и их семей о природе психических расстройств и влиянии ПАВ на психику [1].

Роль психотерапевтических вмешательств. Психотерапия играет важную роль в лечении пациентов с психическими расстройствами,

вызванными употреблением психоактивных веществ. Различные психотерапевтические методы, такие как психодинамическая терапия, экзистенциальная терапия и гештальт-терапия, могут быть использованы для углубленного исследования внутренних конфликтов пациента и помощи в их разрешении [6].

Индивидуальный и семейный подход. Психологическое сопровождение должно учитывать как индивидуальные особенности пациента, так и семейный контекст. Семейная терапия помогает улучшить коммуникацию между членами семьи и создать поддерживающую среду для пациента [1]. Индивидуальная терапия позволяет сосредоточиться на личных проблемах и потребностях пациента.

Использование арт-терапии и телесно-ориентированных методов. Арт-терапия и телесно-ориентированные методы также могут быть полезны в процессе психологического сопровождения. Эти методы помогают пациентам выразить свои эмоции и переживания через творческую деятельность и телесную работу, что способствует улучшению их психического состояния [7].

Обучение навыкам саморегуляции. Одной из ключевых задач психологического сопровождения является обучение пациентов навыкам саморегуляции. Это включает техники релаксации, медитации, а также методы когнитивной реструктуризации, которые помогают справляться с негативными мыслями и эмоциями [3].

Технологии и инновации в психологическом сопровождении. Современные технологии и инновации играют важную роль в психологическом сопровождении. Виртуальная реальность, которая позволяет создать безопасные условия для отработки навыков, мобильные приложения для психотерапии, телемедицина и онлайн-консультации стали неотъемлемой частью процесса лечения. Эти технологии позволяют расширить доступ к психологической помощи и сделать ее еще более удобной и доступной для пациентов.

Профилактика и работа с рецидивами. Профилактика рецидивов является важным аспектом психологического сопровождения. Это включает регулярные консультации, участие в группах поддержки и использование различных профилактических стратегий, направленных на предотвращение повторного употребления ПАВ [4].

Важность мультидисциплинарного подхода. Для успешного лечения пациентов с психическими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, необходимо использовать мультидисциплинарный подход. Это означает, что в процесс лечения должны быть вовлечены различные специалисты, включая врачей, психиатров, психологов, социальных работников и других профессионалов [4]. Такой подход позволяет учитывать все аспекты здоровья пациента и обеспечивать комплексную помощь. Важно, чтобы каждый член команды был осведомлен о состоянии пациента и мог внести свой вклад в разработку и реализацию плана лечения.

Социальная реабилитация. Социальная реабилитация занимает одно из ключевых мест в процессе психологического сопровождения пациентов. Она включает восстановление социальных связей, трудовую реабилитацию и поддержку в повседневной жизни. Реабилитационные программы направлены на возвращение пациента к полноценной жизни в обществе, что требует тесного взаимодействия с социальными службами и близкими пациенту людьми [10].

Долгосрочное сопровождение. Долгосрочное психологическое сопровождение является также ключевым элементом успешного лечения пациентов с психическими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ. Регулярные консультации и поддержка помогают пациентам удерживаться от употребления ПАВ и поддерживать стабильное психическое состояние. Долгосрочное сопровождение также включает работу с возможными рецидивами и адаптацию пациента к новым жизненным условиям.

Заключение. Психологическое сопровождение пациентов с

психическими расстройствами, обусловленными употреблением различных групп психоактивных веществ, требует глубоких знаний и навыков. Важно помнить, что каждый пациент уникален, и подход к его лечению должен быть индивидуализированным. Психологи играют ключевую роль в процессе реабилитации, предоставляя поддержку и инструменты для преодоления зависимости и улучшения качества жизни.

В заключение можно сказать, что успешное лечение психических расстройств, вызванных употреблением ПАВ, возможно только при условии комплексного подхода, включающего как медицинские, так и психологические методы. Психологическое сопровождение помогает пациентам вернуться к нормальной жизни и предотвратить рецидивы, что делает его неотъемлемой частью процесса реабилитации.

Литература / References:

1. Зайцев Ю.П., Крылова М.А. Семейная терапия в реабилитации пациентов с зависимостями // Психотерапия и семья. 2016. №5 (1). С. 41-54.
2. Иванов А.В. Психоактивные вещества и их влияние на психику человека. // Журнал психиатрии и наркологии. 2015. №12 (3). С. 45-58.
3. Кузнецова Л.П., Марков Д.И. Профилактика рецидивов у пациентов с зависимостями // Психологическая помощь. 2016. №14 (2). С. 55-68.
4. Никифоров А.В. Роль мультидисциплинарного подхода в лечении зависимостей // Журнал социальной работы. 2018. №10 (3). С. 29-40.
5. Петров Б.Н. Методы психологической поддержки пациентов с зависимостями // Психотерапия и клиническая психология. 2018. №25 (2). С. 33-47.
6. Сидоров В.К., Смирнова Е.Л. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении зависимостей // Психология и психотерапия. 2017. №19 (4). С. 120-133.
7. Соколова Н.В. Использование арт-терапии в работе с зависимыми пациентами // Творческая психология. 2017. №7 (2). С. 22-35.
8. Федоров Г.М. Мотивационное интервьюирование как метод

повышения мотивации к лечению // Журнал клинической психологии. 2019. №22 (1). С. 78-92.

9. Захаров А.В. Диагностика и лечение психических расстройств, вызванных ПАВ // Екатеринбург: Уральский федеральный университет. 2019.

10. Смирнова Е.Л. Социальная реабилитация пациентов с психическими расстройствами // Новосибирск: НГУ. 2021.

РОЛЬ ОКСИТОЦИНА В МОДУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Козлов М. Ю., Слюсарев А. С.

ГБУЗ ПКБ №4 им П. Б. Ганнушкина ДЗМ, Россия, г. Москва

ФГБУ ГВКГ им Н.Н. Бурденко МО, Россия, г. Москва

В последние годы внимание исследователей, занимающихся изучением химических зависимостей, обратилось к ранее мало изученному в этом контексте нейропептиду – окситоцину. Исследованиями последних лет была показана роль окситоцина в процессах средовой адаптации (участие в системе внутреннего вознаграждения, процессах памяти, повышении толерантности к стимулам, модуляции реакции на стресс и т.д.), и участие в развитии некоторых нервно-психических расстройств, связанных с нарушением социально-эмоциональных навыков, когнитивных процессов и поведенческих стереотипов, прежде всего – алкогольной и наркотической зависимости.

Помимо прямого пути влияния, в виде участия в развитии физиологической толерантности, сенсibilизации и симптомов отмены, окситоцин влияет на мотивацию и поведение связанные с поиском и употреблением ПАВ. Известно, что первая фаза злоупотребления ПАВ связана с импульсивным поведением, движимым мгновенным позитивным подкреплением, управляемым мезокортиколимбической дофаминовой системой внутреннего вознаграждения (Koob and Le Moal, 2001).

Однако в целой плеяде крупных исследований на животных моделях,

было показано, что окситоцин оказывает существенное влияние на процессы внутреннего подкрепления, а введение экзогенного окситоцина снижает поиск и потребление алкоголя, кокаина, героина, метамфетамина и никотина (King C. E., 2020). Как оговариваются авторы нарративного обзора, посвященного этой теме, эффект сильно зависит от доз, вида вещества, длительности потребления и даже от вида млекопитающих, участвовавших в исследованиях. Клинические исследования показали схожие результаты – было продемонстрировано, что однократное введение окситоцина снижало спровоцированное стрессом влечение и уровень тревоги у зависимых от каннабиса (McRae-Clark et al., 2013).

При лечении зависимости от кокаина, однократное применение также снижало выраженность крейвинга, однако, не имело подобного эффекта при влечении, вызванном предъявлением соответствующего стимула (Lee et al., 2014). Любопытно, что мужчины, употребляющие кокаин, имеющие детскую психотравму в анамнезе, показывали снижение реактивности миндалевидного тела на стимулы, связанные с кокаином, при введении окситоцина (Joseph et al. 2019). При алкогольной зависимости интраназальное применение окситоцина снижало вызванное стимулом влечение. У испытуемых, страдающих героиновой зависимостью, интраназальное введение окситоцина снижало тягу к наркотику и выраженность абстинентного синдрома, но не оказывало существенного влияния на показатели тревожности (Moeini et al. 2019 г.).

Однократная доза окситоцина оказала положительное влияние на уровень гормонов, связанных со стрессом, снизив уровень кортизола в сыворотке крови после выполнения задания, которому предшествовало предъявление стимула, связанного с наркотиком (Moeini et al., 2019). Аналогично, у пациентов с двойным диагнозом ПТСР и зависимости от психоактивных веществ, при применении окситоцина снижались показатели кортизола крови в ответ на стрессовую провокацию (Flanagan et al., 2018). Кроме того, при лечении окситоцином снижалась алкогольная абстиненция у пациентов, обратившихся

за лечением, по сравнению с плацебо и значительно уменьшились тревога после прекращения употребления алкоголя (Pedersen, 2017, Pedersen et al., и др., 2013).

В крупном обзоре, посвященном роли окситоцинергической системы в развитии зависимости и фармакотерапевтических перспектив, было показано, что хорошо функционирующая окситоцинергическая система имеет стресс-протективную функцию и оказывает положительный эффект, модулируя первоначальную реакцию на наркотики, замедляет развитие зависимости, пролонгирует ремиссию при повторном употреблении наркотиков. Однако при постоянном употреблении психоактивных веществ или хроническом стрессе эта система нарушается (Ferrer-Pérez C. et al. 2021).

К схожим выводам пришла команда китайских исследователей из Шиньяна, сообщив что окситоцин, ввиду своего широкого взаимодействия с соответствующими рецепторами в самых различных регионах мозга и взаимодействия с другими нейромодуляторами, оказывает воздействие на широкий спектр нейроповеденческих процессов (родительское, репродуктивное, обучение, социальное группирование и т.д).

Исследователи считают, что окситоцин подавляет наркотическое вознаграждение, уменьшает стрессовую реакцию, улучшает показатели социальной адаптации и предотвращает продолжение употребления после предшествующих эпизодов, предъявления наркотических стимулов и стрессоров (Che X. et al. 2021). Вероятнее всего, имеют место взаимообуславливающие процессы, поскольку стресс на ранних этапах развития изменяет регуляцию окситоцина (и кортиколиберина) и повышает склонность к развитию химической зависимости.

Авторы недавнего исследования предполагают, что лечение окситоцином может привести к перестройке эндогенной системы, нарушенной после психотравмирующих событий в сензитивном периоде (Baracz S. J., 2020).

Среди наиболее вредных факторов, изменяющих работу

окситоцинергической и КРГ систем, выделяют раннюю разлуку с матерью, социальную изоляцию, социальное поражение (проигрыш в конкуренции в референтной группе) в подростковом возрасте. Фармакологические и генетические исследования подтверждают, что КРГ, как и окситоциновая система, напрямую вовлечены в процессы внутреннего поощрения употребления наркотиков (Bardo M. T., 2021).

Таким образом, исследования последних лет позволяют сделать следующие выводы:

1. Окситоцин вовлечен в обеспечение целого ряда социально-эмоциональных и нейроповеденческих процессов (родительское, репродуктивное, аффилиативное, обучение, социальное группирование, тревога, стресс и т.д.);

2. Ранние стрессовые события изменяют работу окситоцинергической системы и регуляции кортикотропин-релизинг-фактора, повышая уязвимость к развитию химической зависимости;

3. Окситоцин оказывает модулирующее воздействие на систему внутреннего вознаграждения, главным образом, за счет взаимодействия с мезолимбическими и мезокортикальными дофаминергическими путями;

4. Применение окситоцина может привести к перестройке эндогенной системы, оказывая стресс-протективный эффект, замедляя возобновление приёма наркотических средств, улучшая процессы социальной адаптации.

Резюмируя данные многочисленных исследований, можно предположить, что ранняя травма отношений нарушает обменные и онтогенетические процессы, делая мозг более уязвимым к развитию химических зависимостей. Поскольку окситоцин вовлечен в значительное количество нейроповеденческих процессов, прежде всего, связанных с социальным взаимодействием, необходимы исследования не только фармакологических возможностей, но и комбинирования лекарственной и психосоциальной терапии, направленной на коррекцию соответствующих дефицитов.

Литература/ References:

1. Koob G. F., Le Moal M. Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis //Neuropsychopharmacology. – 2001. – Т. 24. – №. 2. – С. 97-129.
2. King C. E., Gano A., Becker H. C. The role of oxytocin in alcohol and drug abuse // Brain research. – 2020. – Т. 1736. – С. 146761.
3. McRae-Clark A. L. et al. Effect of oxytocin on craving and stress response in marijuana-dependent individuals: a pilot study //Psychopharmacology. – 2013. – Т. 228. – С. 623 -631.
4. Lee M. R., Weerts E. M. Oxytocin for the treatment of drug and alcohol use disorders //Behavioural pharmacology. – 2016. – Т. 27. – №. 8. – С. 640-648.
5. Joseph J. E. et al. Neural correlates of oxytocin and cue reactivity in cocaine-dependent men and women with and without childhood trauma //Psychopharmacology. – 2019. – С. 1-13.
6. Moeini M. et al. The effects of oxytocin on withdrawal, craving and stress response in heroin-dependent patients: a randomized, double-blind clinical trial //European Addiction Research. – 2019. – Т. 25. – №. 1. – С. 41-47.
7. Flanagan J. C. et al. Augmenting Prolonged Exposure therapy for PTSD with intranasal oxytocin: A randomized, placebo-controlled pilot trial //Journal of psychiatric research. 2018. Т. 98. С.64-69.
8. Pedersen C. A. Oxytocin, tolerance, and the dark side of addiction //International review of neurobiology. – 2017. – Т. 136. – С.239-274.
9. Pedersen C. A. et al. Intranasal oxytocin blocks alcohol withdrawal in human subjects //Alcoholism: clinical and experimental research. – 2013. – Т. 37. – №. 3. – С. 484-489.
10. Ferrer-Pérez C. et al. Oxytocin signaling as a target to block social defeat-induced increases in drug abuse reward // International journal of molecular sciences. – 2021. – Т. 22. – №. 5. – С. 2372.
11. Che X. et al. Oxytocin signaling in the treatment of drug addiction: Therapeutic opportunities and challenges //Pharmacology & therapeutics. – 2021. –

Т. 223. – С. 107820.

12. Baracz S. J., Everett N. A., Cornish J. L. The impact of early life stress on the central oxytocin system and susceptibility for drug addiction: Applicability of oxytocin as a pharmacotherapy //Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2020. – Т. 110. – С.114-132.

13. Bardo M. T., Hammerslag L. R., Malone S. G. Effect of early life social adversity on drug abuse vulnerability: Focus on corticotropin-releasing factor and oxytocin //Neuropharmacology. 2021. Т. 191. С. 108567.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАТИВНОГО ПОДХОДА
В РАБОТЕ ПСИХОЛОГА С ПОДРОСТКАМИ
С САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ**

Колесова Ю. В., Кулебакина С. Ф.

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

Аннотация. В данной статье представлен опыт применения интегративного подхода в психологическом консультировании пациентов с самоповреждающим поведением для повышения эффективности разрешения данной проблемы и снижения возникновения рецидивов.

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, психологическое консультирование, интегративный подход, психокоррекция.

**EXPERIENCE OF USING AN INTEGRATIVE APPROACH
IN THE WORK OF A PSYCHOLOGIST WITH ADOLESCENTS
WITH SELF-HARMING BEHAVIOR**

Kolesova Y.V., Kulebakina S. F.

*Leninsk-Kuznetsk Psychiatric Hospital
Leninsk-Kuznetsky, Russia*

Abstract. This article presents the experience of using an integrative approach in psychological counseling of patients with self-harming behavior to improve the

effectiveness of solving this problem and reduce the occurrence of relapses.

Keywords: Self-harming behavior, psychological counseling, integrative approach, psychocorrection.

Проблема самоповреждающего поведения является актуальной уже на протяжении многих лет. Особенно остро она проявляется в подростковом возрасте. Самоповреждающее поведение, иначе «селфхарм», является формой аутоагрессии, которая выражается в умышленном или подсознательном стремлении наносить себе физические повреждения. Эпизоды самоповреждения могут возникнуть как у психически здоровых людей в условиях трудных жизненных ситуаций, так и у лиц с различными психическими расстройствами. Наиболее подвержены селфхарму подростки в возрасте от 13 до 18 лет. Согласно статистическим данным, приступы аутоагрессии случаются в 140 раз чаще, чем попытки суицида. Так 7,5-46,5% (в среднем, каждый пятый) подростков в мире наносят самоповреждения против 4-23% взрослых.

С начала 2023 года в ГБУЗ ЛКПБ с данной проблемой обратилось 37 человек подросткового возраста от 14 до 18 лет в сопровождении родителей(опекунов). Как правило, бить тревогу начинают родители, когда замечают у своего ребёнка порезы на теле, сам подросток же может скрывать повреждения, которые он себе наносит. Помимо обследования у психиатра, с целью исключения или обнаружения психического расстройства у обратившихся, им необходимо пройти обследование у психолога для определения индивидуальных особенностей личности, а также для проведения консультативных и коррекционных мероприятий.

В ГБУЗ ЛКПБ оказывается комплексная психологическая помощь, которая включает в себя методы, идеи и теоретические положения из различных подходов в зависимости от особенностей запроса самого пациента и сути его проблемы. Так, психологическая помощь включает в себя

индивидуальные консультации, в ходе которых пациенты получают от специалистов полную информацию о проблеме, с которой они столкнулись, арт-терапию, индивидуальные сессии с применением интегративного подхода, в ходе которых развиваются полезные навыки самоподдержки и самопомощи, происходит работа с дисфункциональными установками и мыслями пациента, работа с телом и тд. А также немаловажную роль играет применение АВК «Диснет».

Для грамотного подбора индивидуальной программы психологической работы с пациентами, прежде всего проводится диагностика индивидуально-типологических особенностей, а также выясняются причины возникновения самоповреждающего поведения. В зависимости от первопричины, вызывающей селфхарм, проводятся психокоррекционные мероприятия.

При обследовании 37 человек, обратившихся с проблемой «селфхарма»: 73% обследуемых утверждают, что селфхарм является способом снятия эмоционального напряжения, а также рассматривают его как способ решения некоторых личных проблем. 17% говорят о селфхарме как о способе привлечь к себе внимание значимого окружения, как «крик о помощи».

10 % испытуемых отмечают, что нанесение самопорезов является автоматическим малоосмысленным действием в различных ситуациях (так называемая «привычка», которая даёт ощущения спокойствия). С целью оценки эффективности интегративного подхода в работе с пациентами с самоповреждающим поведением было проведено обследование. В начале обследования проводится беседа и тестирование с применением тестов и психометрических шкал, таких как: MMPI, HADS, ШАС, шкала самооценки депрессии Бехтерева, шкала ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина. Так, у 80% обследуемых по результатам были выявлены: высокая ситуативная тревожность, умеренно выраженная депрессивная симптоматика, снижение мотивации и продуктивности.

С каждым пациентом в индивидуальном порядке было проведено

психологическое консультирование и психокоррекционная работа в количестве 10 занятий. Ниже приведен клинический случай работы психолога с девушкой подросткового возраста (16 лет) с самоповреждающим поведением в ГБУЗ ЛКПБ.

А. обратилась за помощью не сама, ее уговорила и привела мама, так как заметила порезы на теле дочери. Сама же А. при первой беседе с психологом утверждает, что не считает это проблемой, в ходе разговора А. со специалистом была выявлена проблема низкой самооценки, неуверенности в себе, повышенной тревожности в ситуациях социального взаимодействия. Со слов А., когда она чувствовала напряжение и дискомфорт, то в голову сразу приходила мысль нанести себе порез, чаще всего таким образом она и поступала, после чего наступало временное облегчение эмоционального состояния. Для работы с данным случаем были использованы техники КПТ (ведение дневника эмоций, списки достижений, разработка более гибких правил и убеждений для поднятия самооценки), гештальт-терапии (реверсия), релаксации с помощью АВК «Диснет» и арт-терапии (снижение эмоционального напряжение адаптивными способами). В ходе работы заметно снизилась ситуативная тревожность, постепенно менялись установки и привычное дезадаптивное поведение. С помощью применения различных техник психологического воздействия удалось снизить тревожность, повысить фон настроения, мотивировать на изменение дезадаптивных паттернов поведения и мышления на более гибкие и адаптивные.

По принципу, описанному выше, проводились психологическое консультирование и психокоррекционная работа с пациентами с самоповреждающим поведением. В конце работы с каждым пациентом также была проведена беседа и тестирование при помощи психометрических шкал. По результатам повторного измерения показателей в конце работы с психологом, у 77% обследуемых заметно снизились показатели ситуативной тревожности, выровнялось настроение, снизилось ощущение внутренней

напряженности. Также во время заключительной беседы пациенты субъективно отмечали, что научение навыкам самопомощи и саморегуляции помогают успокоиться в ситуации воздействия субъективно значимых стресс-провоцирующих факторов, в которых ранее наносились самоповреждения и избежать этого.

Таким образом, самоповреждающее поведение является следствием самых разнообразных психологических проблем, внутриличностных конфликтов. Поэтому в работе с данной проблемой так важно использование индивидуального подхода с применением интегративных методов психологического воздействия.

Литература / References:

1. Андроникова О.О. Основные характеристики подростков с самоповреждающим виктимным поведением, Вестник ТГПУ. 2009. Выпуск 9(87)
2. Егиазарян З.А., Ефремов А.Г., Ениколопов С.Н., Преднамеренная аутоагрессия в младшем юношеском возрасте. Девиантное поведение: проблемы профилактики, диагностики и коррекции. Саратов, 2008.
3. Зайченко А.А. Самоповреждающее поведение // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: Мат-лы Третьей Всерос. науч.-практ. конф. Казань. 2007.
7. Польская Н.А. Предикторы и механизмы самоповреждающего поведения (по материалам исследований) // Психологический журнал. 2009.
9. Польская Н.А. Особенности самоповреждающего поведения в подростковом и юношеском возрасте // Известия Саратовского университета, сер. Философия. Психология. Т. 10, вып.1, 2010.

**ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ СПИРТСОДЕРЖАЩЕЙ
ПРОДУКЦИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ
СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА**

Кормилина О. М., Мингазов И. Ф.

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

Аннотация. В статье рассмотрена ситуация, связанная с оценкой состояния острых отравлений спиртосодержащей продукцией по Сибирскому Федеральному Округу (СФО).

Ключевые слова: Острые отравления, алкоголь, спиртосодержащая продукция, летальность, смертность.

**ACUTE POISONING BY ALCOHOL-CONTAINING PRODUCTS
OF THE POPULATION OF THE SIBERIAN FEDERAL DISTRICT**

Kormilina O. M., Mingazov I. F.

Novosibirsk Regional Clinical Narcological Dispensary, Novosibirsk

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

Keywords: Acute poisoning, alcohol, alcohol-containing products, mortality, mortality.

В СФО регистрируются высокие уровни острых отравлений спиртосодержащей продукцией. Показатель острых отравлений спиртосодержащей продукцией в 2023 г. вырос по СФО и составил 50,0 на 100 тыс. населения и превысил среднероссийский уровень - 22,2 в 2,25 раза (рис.1).

Среди регионов СФО в 2023 г. наиболее значительные превышения среднероссийского уровня зарегистрировано в Алтайском крае в 4 раза (показатель 89,4 на 100 тыс. населения) и Красноярском крае в 3 раза (показатель 67,1 при среднероссийском показателе 22,2 на 100 тыс. населения).

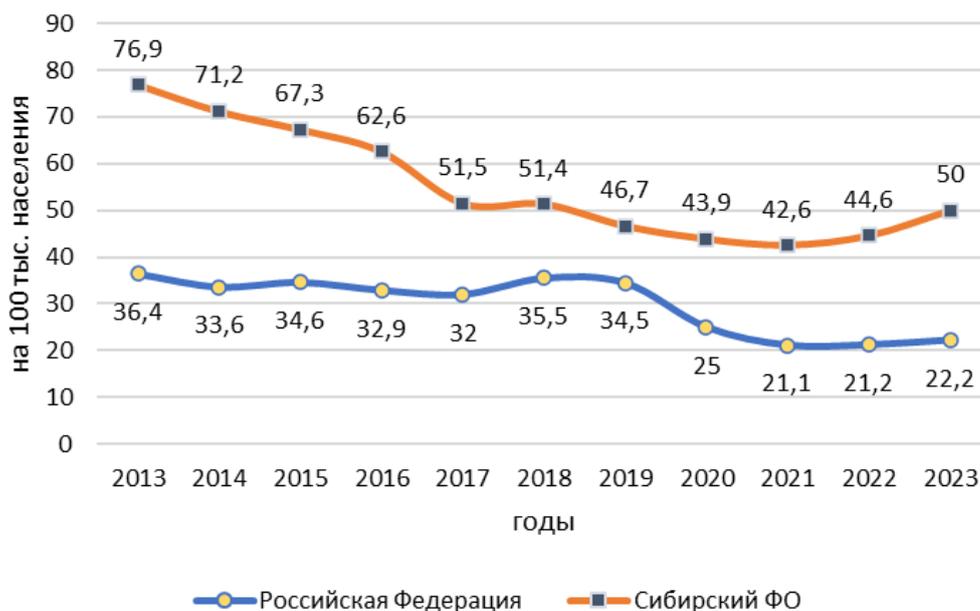


Рис.1. - Динамика показателя (на 100 тыс. населения) острых отравлений спиртосодержащей продукцией по СФО на 100 тыс. населения.

При ранжировании по уровню показателя острых отравлений спиртосодержащей продукцией в 2023 году среди регионов Российской Федерации Алтайский край был на 1 месте, Красноярский край на 3 месте, Республика Тыва на 4 месте, Кемеровская область на 7 месте, Новосибирская область на 8 месте, Омская область на 14 месте, Республика Алтай на 15 месте, Иркутская область на 18 месте, Томская область на 24 месте, Республика Хакасия на 55 месте.

Среди регионов СФО за 2023 год наиболее высокие показатели острых отравлений спиртосодержащей продукцией зарегистрированы в следующих субъектах: в Алтайском крае - 89,4 и в Красноярском - 67,1 на 100 тыс. населения (рис.2).

В 2023 г. в Российской Федерации Роспотребнадзором и МЗ зарегистрировано 32540 случаев острых отравлений спиртосодержащей продукцией из которых 10013 завершились летальным исходом (30,7%). За 2023 год в СФО Роспотребнадзором и МЗ зарегистрировано 8319 случаев острых отравлений спиртосодержащей продукцией из которых 1627 завершились летальным исходом (19,6%) [2]. Показатель острых летальных

отравлений спиртосодержащей продукцией по СФО (12,3 на 100 тыс. населения) превышает среднероссийский уровень в 1,8 раза (по РФ 6,8 на 100 тыс. населения) (рис.3).

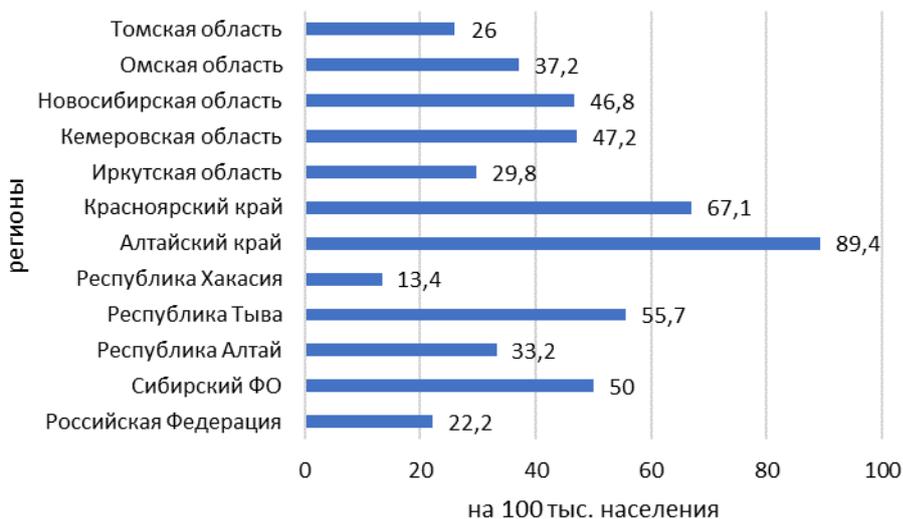


Рис. 2. - Показатель острых отравлений спиртосодержащей продукцией по СФО на 100 тыс. населения за 2023 год.

Среди регионов СФО наиболее значительные превышения среднероссийского уровня регистрируется в Красноярском крае в 2 раза (13,7 на 100 тыс. населения – 14 место в РФ), Томская область в 1,92 раза (13,1 на 100 тыс. населения – 17 место в РФ), Кемеровской области в 1,83 раза (12,5 на 100 тыс. населения – 20 место в РФ), Республике Алтай в 1,8 раза (12,3 на 100 тыс. населения – 22 место в РФ), Омской области в 1,65 раза (11,3 на 100 тыс. населения – 26 место в РФ), Республике Хакасия в 1,35 раза (9,24 на 100 тыс. населения – 35 место в РФ), Новосибирская область в 1,27 раза (8,66 на 100 тыс. населения – 38 место в РФ) (рис.4). Ниже среднероссийского уровня показатель острых летальных отравлений спиртосодержащей продукцией в Республике Тыва (2,08 на 100 тыс. населения – 69 место в РФ), Алтайском крае (5,54 на 100 тыс. населения – 51 место в РФ) и Иркутской области 5,50 на 100 тыс. населения – 52 место в РФ).

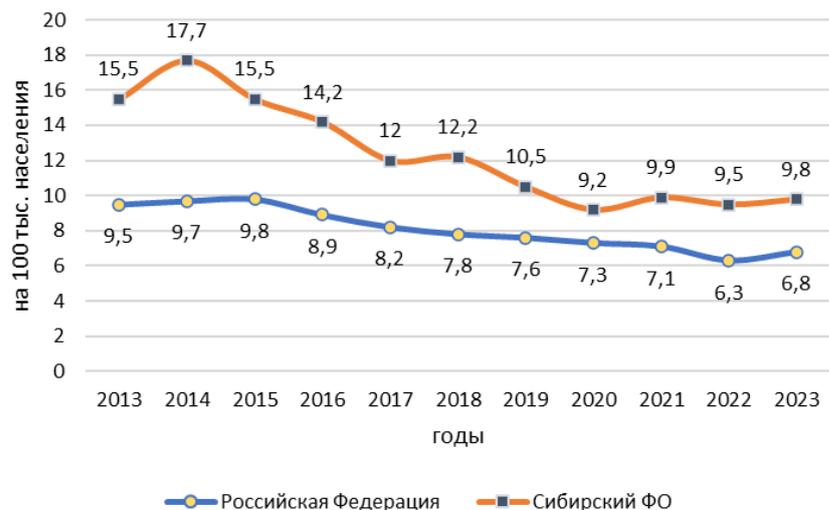


Рис. 3.- Динамика показателя (на 100 тыс. населения) летальных отравлений спиртосодержащей продукцией по СФО на 100 тыс. населения [5].

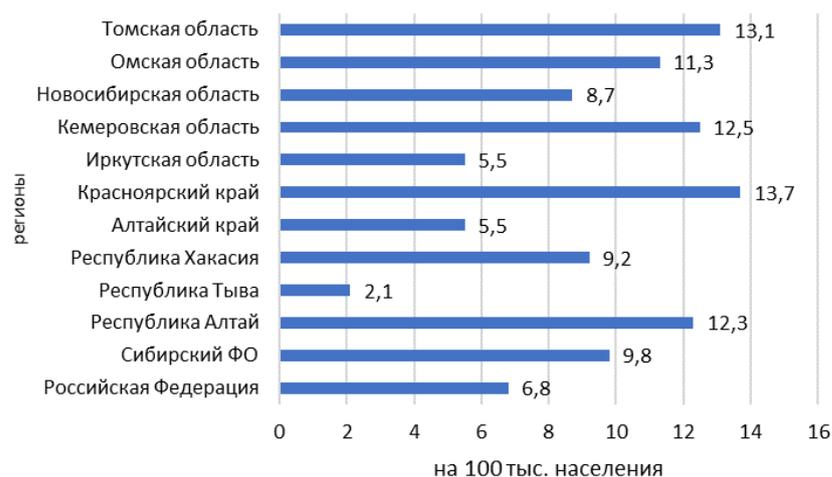


Рис.4.- Показатель летальных отравлений спиртосодержащей продукцией по СФО на 100 тыс. населения за 2023 год [5].

По данным исследований [5] (на основе данных Замятниной Е.С., Забродского Я.Д., Халтурина Д.А.) доля умерших от всех причин смерти, с обнаруженным экзогенным этанолом по результатам судебно-медицинских экспертиз в 2003 г. составила в Российской Федерации 46%, а по регионам СФО от 43,0% в Алтайском крае и Иркутской области до 63% в Кемеровской области (рис.5).

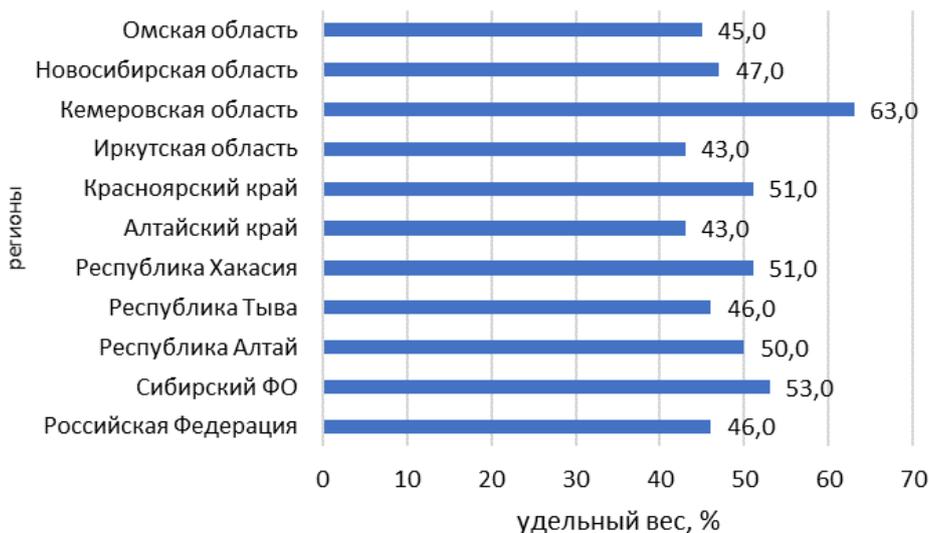


Рис.5.- Доля, умерших от всех причин смерти, с обнаруженным экзогенным этанолом по результатам судебно-медицинских экспертиз в 2003 г., в % [5].

В 2022 г. доля умерших от всех причин смерти, с обнаруженным экзогенным этанолом снизилась и составила от 18,0% в Алтайском крае, Иркутской области и Красноярском крае до 43% в Республике Алтай.

Доля умерших от всех причин смерти, с обнаруженным экзогенным этанолом за 2003-2022 года снизилась на: 18,6% в Кемеровской области; 31,7% в Республике Алтай; 39,5% в Республике Хакасия; 46,0% в Омской области; 52,8% в Новосибирской области; 60,0% в Иркутской области, 61,7 % в Алтайском крае и 64,7% в Красноярском крае (рис.6). [5].



Рис. 6.- Доля умерших от всех причин смерти, с обнаруженным экзогенным этанолом по результатам судебно-медицинских экспертиз в 2022 г., в % [5].

Выводы. В регионах СФО уровень показателя острых отравлений спиртосодержащей продукцией продолжает оставаться на высоком уровне и превышает среднероссийские показатели; уровень острых отравлений спиртосодержащей продукцией с летальными исходами в СФО также продолжает оставаться на высоком уровне и превышает среднероссийский уровень; среди регионов СФО в 2023 г. наиболее значительные превышения среднероссийского показателя острых отравлений спиртосодержащей продукцией зарегистрировано в Алтайском крае в 4 раза (показатель 89,4 на 100 тыс. населения) и Красноярском крае в 3 раза (показатель 67,1 при среднероссийском показателе 22,2 на 100 тыс. населения); за 2023 год в СФО зарегистрировано 8319 случаев острых отравлений спиртосодержащей продукцией из которых 1627 завершились летальным исходом (что составило 19,6%); в СФО актуальной остаётся профилактическая работа, направленная на борьбу с потреблением алкогольной продукции.

Литература/ References:

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. М. 2024. 364 с.
2. Сведения об острых отравлениях химической этиологии по субъектам РФ √ Источник: <https://fcgie.ru/sgm.html>
3. Розничные продажи алкогольной продукции (в литрах этанола) <https://www.fedstat.ru/>
4. Розничные продажи алкогольной продукции на душу населения (в литрах этанола) <https://www.fedstat.ru/indicator/59721>
5. Замятина Е.С., Забродский Я.Д., Халтурина Д.А. Анализ результатов судебно-медицинских экспертиз трупов, содержащих экзогенный этанол в биологических жидкостях. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2023; 69(4):8. Режим доступа:

<http://vestnik.mednet.ru/content/view/1504/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2023-69-4-8

**О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ОТ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ,
ОБУСЛОВЛЕННЫЕ АЛКОГОЛЕМ**

Кормилина О. М., Мингазов И. Ф.

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

Аннотация. В статье рассмотрена ситуация, связанная с оценкой смертности населения от причины смерти, обусловленные алкоголем по Сибирскому Федеральному Округу (СФО).

Ключевые слова: Смертность, алкоголь, летальность.

**ON SOME ASPECTS OF MORTALITY OF THE POPULATION
OF THE SIBERIAN FEDERAL DISTRICT FROM
ALCOHOL-RELATED CAUSES OF DEATH**

Kormilina O. M., Mingazov I. F.

Novosibirsk Regional Clinical Narcological Dispensary, Novosibirsk

Abstract. The article considers the situation related to the assessment of mortality from alcohol-related causes of death in the Siberian Federal District (SFD).

Keywords: Mortality, alcohol, mortality.

Для увеличения уровня продолжительности жизни населения сегодня уже нельзя мириться с человеческими потерями, которые сопровождают неблагоприятную алкогольную ситуацию [1, 2]. По данным Росстата смертность населения Российской Федерации от причины смерти, обусловленные алкоголем, составляла от 50435 человек в 2020 году до 42152 человек в 2023 году (рис.1).

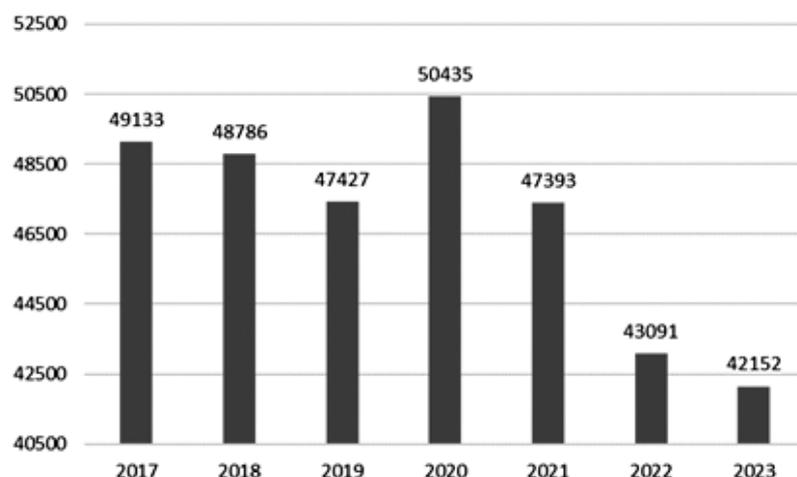


Рис.1.- Динамика смертности населения от причины смерти, обусловленные алкоголем (Росстат).

Смертность населения СФО от причины смерти, обусловленные алкоголем, составляла от 6618 человек в 2017 году до 5356 человек в 2023 году. Удельный вес смертности населения от причины смерти, обусловленные алкоголем, составил от 1,94 до 2,69 по Российской Федерации и от 1,86 до 2,69 по СФО (рис.2).

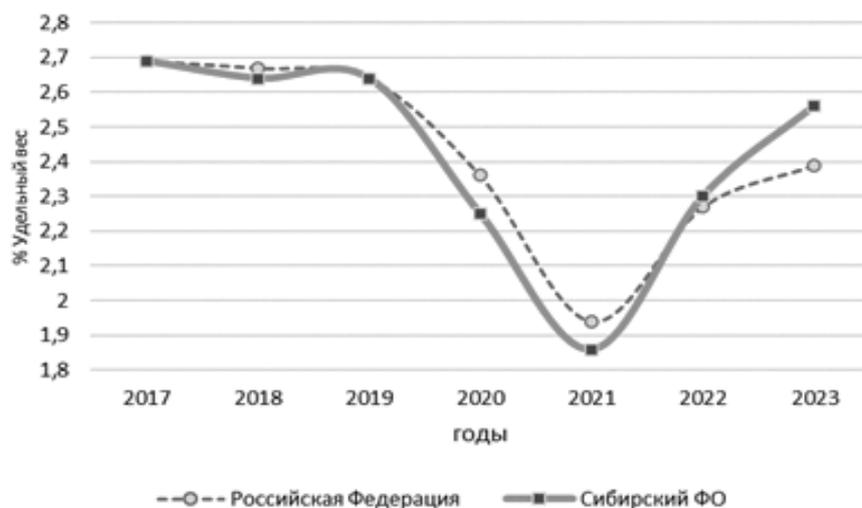


Рис.2.- Динамика удельного веса по смертности населения от причины смерти, обусловленные алкоголем.

Удельный вес смертности населения от причины смерти, обусловленные

алкоголем, составил от 0,9% в Алтайском крае до 4,5% в Иркутской области (при среднероссийском уровне 2,4%) (рис.3).

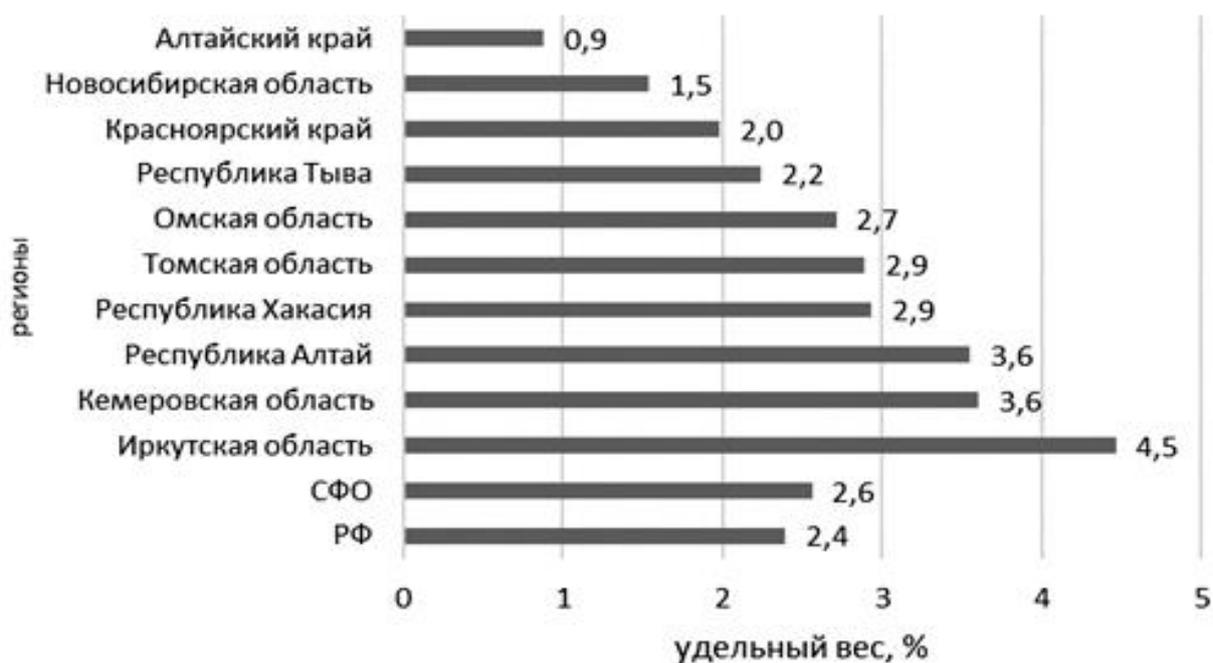


Рис.3 - Удельный вес по смертности населения от причины смерти, обусловленные алкоголем за 2023 год по регионам СФО.

По данным Росстата показатель смертности населения Российской Федерации от причины смерти, обусловленные алкоголем на 100 тыс. населения снизился с 34,4 в 2020 г. до 28,8 в 2023 году. Уровень смертности населения СФО от причины смерти, обусловленные алкоголем, стабилизировался на уровне показателя с 32,0 до 34,3 на 100 тыс. населения, что выше уровня среднероссийского показателя (рис.4).

Показатель смертности населения от причины смерти, обусловленные алкоголем (на 100 тыс. населения) за 2023 г. составил: Иркутская область 59,2 (превышение среднероссийского показателя (28,8) год в 2 раза; Кемеровская область 50,2 (превышение в 1,74 раза); Республика Алтай 37,9 (превышение в 1,32 раза); Республика Хакасия 37,2 (превышение в 1,29 раза); Омская область 35,7 (превышение в 1,24 раза); Томская область 32,8 (превышение в 1,14 раза).

В Алтайском крае, Новосибирской области, Республике Тыва и Красноярском крае показатель смертности населения от причины смерти, обусловленные алкоголем (на 100 тыс. населения) был ниже среднероссийского показателя (рис.5).

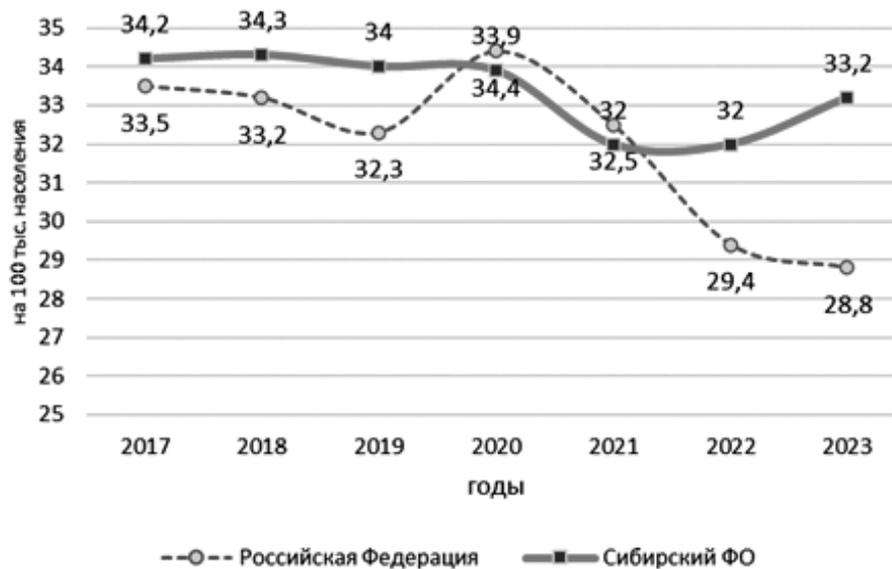


Рис. 4.- Динамика показателя смертности населения от причины смерти, обусловленные алкоголем (на 100 тыс. населения) [5].

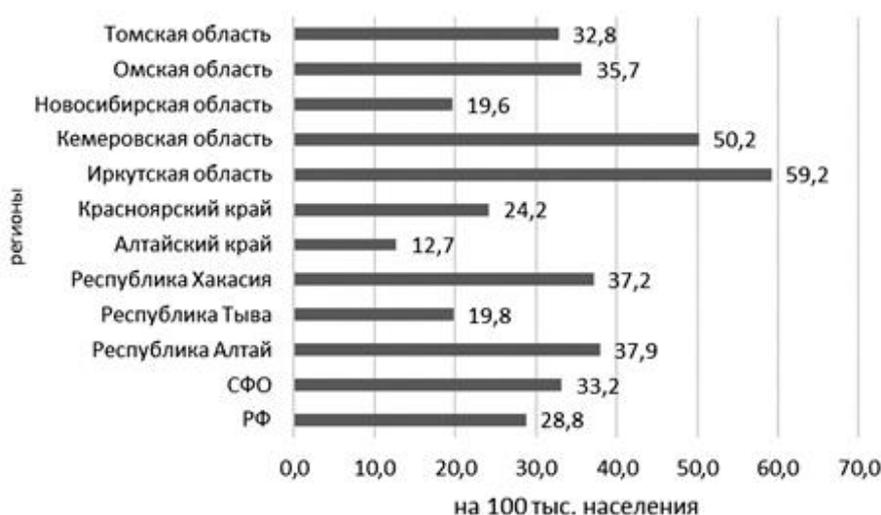


Рис. 5.- Динамика показателя смертности населения от причины смерти, обусловленные алкоголем (на 100 тыс. населения) [5].

Таблица 1.

Причины смерти, обусловленные алкоголем в СФО
(по данным Росстата на 100 тыс. населения).

Абсолютные данные	2017	2020	2021	2022	2023
Острая интоксикация алкоголем	0	0	0,00 6	0	0
Пагубное употребление алкоголя	0,482	0,293	0,171	0,174	0,175
Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя (хронический алкоголизм)	0,508	0,246	0,053	0,084	0,078
Другие и неуточненные психические расстройства поведения, обусловленные употреблением алкоголя	0,041	0,106	0,071	0,006	0
Алкогольные психозы, энцефалопатия, слабоумие	0,119	0,106	0,094	0,054	0,169
Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем	3,34	2,27	2,14	1,56	2,05
Алкогольная полиневропатия	0,016	0,006	0,03	0,006	0
Алкогольная миопатия	0	0	0	0	0
Алкогольная кардиомиопатия	10,6	14,3	13,6	13,4	14,4
Алкогольный гастрит	0	0,006	0,012	0,012	0
Случайное отравление (воздействие) алкоголем	11,31	7,8	6,98	7,65	6,4
Алкогольная болезнь печени (алкогольный: цирроз, гепатит, фиброз)	4,96	5,80	5,46	5,53	6,22
Хронический панкреатит алкогольной этиологии	0,22	0,20	0,22	0,10	0,13
Острый панкреатит алкогольной этиологии	0,36	0,50	0,44	0,63	0,62
Алкогольный синдром у плода (дизморфия)	0	0	0,006	0	0
Преднамеренное отравление и воздействие алкоголем	0	0,006	0,012	0,018	0,012
Отравление и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями	2,30	2,25	2,71	2,84	2,96

По данным Росстата основными причины смерти, обусловленные алкоголем в СФО в 2023 году стали: Алкогольная кардиомиопатия – 2386 случаев или 43,3%; случайное отравление (воздействие) алкоголем – 1068 случаев или 19,4%; Алкогольная болезнь печени – 1033 случаев или 18,7%; Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем – 340 случаев, или 6,2% (табл.1 и рис.6).



Рис.6. - Структура смертности по причинам смерти, обусловленные алкоголем в СФО в 2023.

Выводы. Смертность населения СФО от причины смерти, обусловленные алкоголем, составляла от 6618 человек в 2017 году до 5356 человек в 2023 году. Удельный вес смертности населения от причины смерти, обусловленные алкоголем, составил от 1,94 до 2,69 по Российской Федерации и от 1,86 до 2,69 по СФО; Удельный вес смертности населения от причины смерти, обусловленные алкоголем, составил от 0,9% в Алтайском крае до 4,5% в Иркутской области (при среднероссийском уровне 2,4%); Уровень смертности населения СФО от причины смерти, обусловленные алкоголем, стабилизировался на уровне показателя с 32,0 до 34,3 на 100 тыс. населения, что выше уровня среднероссийского показателя; наиболее высокий показатель смертности населения от причины смерти, обусловленные алкоголем (на 100 тыс. населения) за 2023 г. зафиксирован в Иркутской области - 59,2 (превышение среднероссийского показателя (28,8) год в 2 раза и Кемеровской

области - 50,2 (превышение в 1,74 раза); Основными причины смерти, обусловленные алкоголем в СФО в 2023 году стали: Алкогольная кардиомиопатия 43,3%, случайное отравление (воздействие) алкоголем 19,4%, Алкогольная болезнь печени 18,7% и Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем 6,2%.

Литература / References:

1. Кормилина О. М., Мингазов И. Ф. Об усилении профилактической антиалкогольной деятельности в современных условиях Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Профилактика кризисных состояний в условиях образовательной организации. – Новосибирск: ИПЦ НГМУ, 2024. С. 267-277.

2. Мингазов И.Ф. О состоянии наркологической заболеваемости в Новосибирской области. Всероссийский конгресс с международным участием «Психическое здоровье в меняющемся мире», 23–24 мая 2024 года, Санкт-Петербург [Электронное издание] / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2024. С.316-317. ISBN 978-5-94651-099-8

3. Кормилина О. М., Теркулов Р. И., Мингазов И. Ф. О состоянии и динамике острых отравлений спиртосодержащей продукцией населения Сибирского федерального округа. Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: материалы IV Международной научно-практической конференции (Кемерово, 20 октября 2023 г.) / отв. ред. А. А. Лопатин, А. М. Селедцов, Г. В. Акименко, Ю. Ю. Кирина, Л. В. Гукина, А. С. Яковлев. – Кемерово: КемГМУ, 2023. С.181-193.

4. Мингазов И.Ф., Кормилина О.М. О некоторых аспектах заболеваемости и смертности населения от психических и поведенческих расстройств в Российской Федерации. Первые Российско-Белорусские майские чтения по актуальным вопросам психического здоровья: сб. материалов научно-практической конференции с международным участием (30-31 мая 2024 г.) [Электронный ресурс] / отв. ред. И. Г. Жук. Гродно: ГрГМУ, 2024.

5. Мингазов И. Ф., Кормилина О. М. Проблемы Сибирского федерального округа по профилактике отравлений наркотическими веществами Психическое здоровье населения Сибири и оказание психиатрической помощи в современных условиях: материалы краевой научно-практической конференции (г. Красноярск, 24 апреля 2024 г.) / ред. П. А. Шестерня, Ю. А. Пичугина, М. А. Березовская [и др.]. Красноярск: тип. КрасГМУ, 2024. 38 с. ISBN 978-5-94285-256-6

6. Росстат <https://rosstat.gov.ru/>

7. Росстат Естественное движение населения Российской Федерации за 2023 год <https://rosstat.gov.ru/folder/11110/document/13269>

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В МОСКВЕ В 2022-2023 ГОДАХ

Кошкина Е. А.¹, Киржанова В. В.², Смирновская М. С.¹, Кошкин Е. А.¹

¹ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ»

Минздрава России, Россия, г. Москва

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, Россия, г. Москва

Аннотация. В данной статье представлен анализ основных показателей общей и первичной заболеваемости наркологическими расстройствами в г. Москве. В структуре пациентов, обратившихся за наркологической помощью, преобладали больные с алкогольными расстройствами, мужчины и лица трудоспособного возраста. Наряду с этим в регионе продолжала увеличиваться доля женщин, обратившихся за наркологической помощью. В 2023 г. наблюдались структурные изменения среди пациентов с наркоманией, выразившиеся в увеличении числа лиц с синдромом зависимости, связанным с употреблением иных психоактивных веществ и полинаркоманией.

Ключевые слова: алкоголизм, наркомания, общая и первичная заболеваемость, потребители инъекционных наркотиков, психические и поведенческие расстройства, диспансерной наблюдение.

INCIDENCE OF DRUG ADDICTION DISORDERS IN MOSCOW IN 2022-2023

Koshkina E. A.¹, Kirzhanova V. V.², Smirnovskaya M. S.¹, Koshkin E. A.¹

¹*Institution «Moscow Scientific and Practical Center for Narcology of the Moscow Health Department», Russia, Moscow*

²*Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Russia, Moscow*

Abstract. The article presents an analysis of the main indicators of incidence and prevalence of drug disorders in Moscow population. Among patients seeking addiction treatment prevailed patients with alcohol disorders, men and people of working age. Along with this, the proportion of women seeking drug treatment continues to increase. In 2023, structural changes were observed among patients with drug addiction, expressed in an increase in the number of patients with substance use disorders associated with the use of other psychoactive substances and polydrug addiction.

Keywords: alcoholism, drug addiction, general and primary morbidity, injection drug users, mental and behavioral disorders, dispensary observation.

Вред здоровью и социальному функционированию, связанный со злоупотреблением алкоголем и употреблением наркотиков является значимой проблемами не только в России, но и в мире. Потребление ПАВ является значимой причиной смертности населения в Российской Федерации, особенно среди мужчин трудоспособного возраста, что приводит к снижению средней продолжительности жизни. Разработка мероприятий в области сокращения употребления алкоголя и сокращения спроса на наркотики должна быть основана на знании реальной ситуации в области злоупотребления психоактивными веществами. В основе этой деятельности лежат анализ данных государственной статистики и результаты эпидемиологических исследований, которые следует проводить не только на федеральном уровне, но и на уровне субъекта.

В 2023 г. наркологическими учреждениями Москвы были зарегистрированы 75 186 пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (далее – ПАВ), без учета никотиновых расстройств. На конец года на диспансерном наблюдении состояло 64 424 пациентов, что составляет 85,7% от числа обратившихся пациентов.

Среди больных наркологического профиля, обратившихся в наркологическую службу в 2023 г., преобладали мужчины. Соотношение 3:1 характерно как для Москвы, так и для России, то есть на 3-х больных мужчин приходится 1 больная женщина.

Среди московских пациентов преобладала возрастная группа 40-59 лет, которая за год увеличилась на 2,2 процентных пункта (далее – п.п.). Доля пациентов 20-39 лет уменьшилась на 1,6 п.п., доли пациентов в остальных возрастных группах остались практически без изменений, что соответствует тенденции по стране в целом.

Показатель общей заболеваемости наркологическими расстройствами в Москве в 2023 г. составил 573,7 больных на 100 тыс. населения, что в два раза ниже среднероссийского показателя (1169,5). По уровню показателя Москва занимает среди субъектов РФ 86 ранговое место и входит в десятку регионов с наименьшим уровнем общей заболеваемости. За 2023 г. данный показатель и в Москве, и в России имел тенденцию к снижению.

Наибольшая доля обратившихся пациентов в Москве составляли лица с алкогольными расстройствами – 65,6%. Доля пациентов с расстройствами вследствие употребления наркотиков существенно ниже и составила 33,5%. В целом по стране в структуре общей заболеваемости также преобладали алкогольные расстройства – 76,7%, доля наркотических расстройств – лишь 22,7%. Таким образом, доля потребителей наркотиков в Москве значительно больше – на 10,8 п.п., чем в целом по РФ.

В наркологическую службу Москвы в 2023 г. обратились за помощью 49 359 пациентов с алкогольными проблемами, из них большинство – 89,6% – имели диагноз алкоголизм, 2,2% – алкогольные психозы (АП), доля пациентов с пагубным употреблением алкоголя составила 8,2%. Показатель общей заболеваемости алкоголизмом, включая АП, в Москве в 2023 г. составил 345,8 больных на 100 тыс. нас.

По сравнению с 2022 г. показатель снизился на 7,4%. В РФ этот показатель (776,5) также несколько снизился, но он в два раза выше, чем в Москве. Среди субъектов РФ в 2023 г. Москва занимает 84 ранговое место по уровню этого показателя и традиционно входит в десятку регионов с наименьшим показателем.

Среди обратившихся за лечением в наркологическую службу Москвы, число пациентов, употребляющих наркотики в 2 раза меньше числа лиц, с проблемами, вызванными употреблением алкоголя, а в РФ – в 4 раза меньше. В 2023 г. в Москве среди 25 231 пациентов, употребляющих различного вида наркотики, 89,8% имели диагноз наркомания, доля пациентов с пагубным употреблением наркотиков составила 10,2%.

Показатель общей заболеваемости наркоманией в Москве в 2023 г. составил 172,8 на 100 тыс. нас., что выше аналогичного показателя по России на 16,6%. По уровню этого показателя Москва в 2023 г. среди субъектов РФ занимает 29 ранговое место; по сравнению с 2022 г. этот показатель значительно снизился – на 6,3%; в целом по РФ также отмечалось незначительное его снижение – лишь на 1% (табл. 1).

Показатель обращаемости пациентов с пагубным употреблением наркотиков в Москве в 2023 г. составил 19,7 на 100 тыс. нас, что более, чем в 5 раз ниже показателя в РФ (108,9). За прошедший год этот показатель несколько снизился как в Москве, так и в РФ.

Таблица 1.

Общая заболеваемость наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков.

	Синдром зависимости от наркотиков (наркомания)				Темп прироста 2023/2022 (%)
	абсолютное число		на 100 тыс. населения		
	2022	2023	2022	2023	
РФ	229 743	228 718	157,8	156,2	-1,0
г. Москва	23 286	22 646	184,3	172,8	-6,3

В Москве в 2023 г. отмечались изменения структуры обратившихся за наркологической помощью больных наркоманией. Так, впервые за последние десять лет первое ранговое место по величине долевого показателя заняли пациенты, употребляющие другие наркотики и сочетающие употребление наркотиков разных химических групп (полинаркомания), в то время как пациенты, употребляющие опиоиды, перешли на второе ранговое место (рис. 1).

При этом доля потребителей других наркотиков и их сочетаний увеличилась на 3,7 п.п. и достигла 48,4%, а доля пациентов с зависимостью от опиоидов снизилась на 4,2 п.п. и составила 42,9%. Удельный вес пациентов с зависимостью от психостимуляторов и каннабиноидов остался без существенных изменений (рис.1).

В России за прошедший год доля обратившихся за наркологической помощью больных опиоидной наркоманией уменьшилась на 2,4 п.п.; однако в общем контингенте больных наркоманией их удельный вес по-прежнему преобладал (в 2022 г. – 48,1%, в 2023 г. – 45,7%). Несколько увеличился удельный вес пациентов, употребляющих другие наркотики и их сочетания (соответственно с 30,2 до 32,2%), без заметных изменений остались доли потребителей психостимуляторов (соответственно 9,8 и 10,1%) и каннабиноидов (в 2022 и 2023 гг. – 11,9 %).

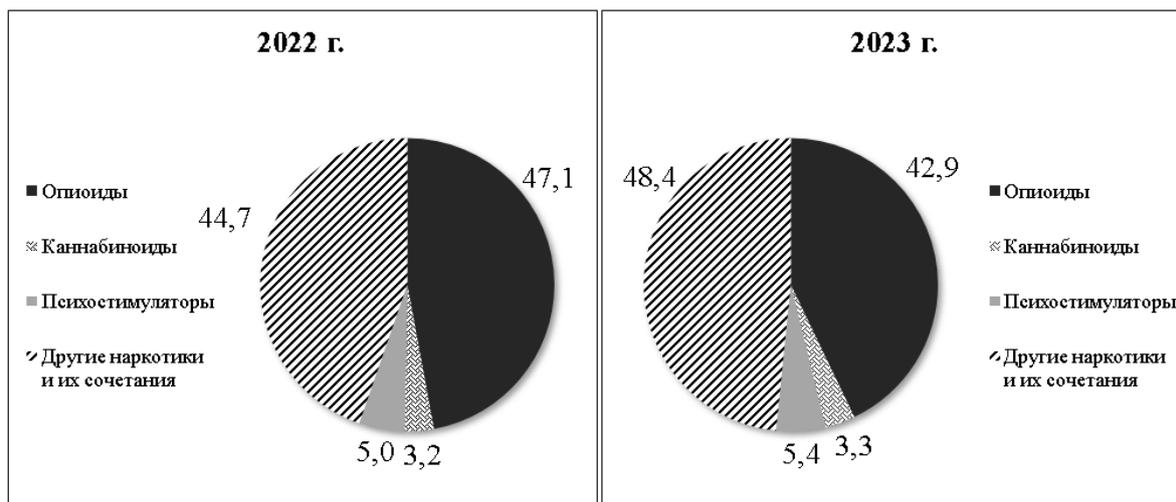


Рис.1. - Структура общей заболеваемости наркоманией в Москве (в % от числа зарегистрированных).

Таким образом, в Москве в 2023 г. среди пациентов, обратившихся за лечением по поводу наркомани преобладали потребители других наркотиков и сочетаний наркотиков разных групп (полинаркомания), а также потребители опиоидов.

Наркологическими организациями Москвы в 2023 г. было зарегистрировано 15 500 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), или 118,3 на 100 тыс. населения, и этот показатель выше, чем средний по стране на 19,8%. По сравнению с 2022 г. показатель распространенности ПИН в Москве снизился на 6,7%, в РФ – на 4,4%., что свидетельствует о снижении распространенности ПИН в контингенте больных. Сведения о сокращении числа потребителей инъекционных наркотиков подтверждаются данными эпидемиологических и биоповеденческих исследований, проведённых в Москве в 2006 и 2022-23 гг. [1, С.37; 2, С.326-327]. Так, если в 2006 г. распространенность ПИН в Москве была оценена в 2,1% (95% ДИ 2,1-2,2) [1, С.15], то в 2022 г. – 0,53% (95% ДИ 0,45–0,68), или сокращение в 4 раза [2, С.326-327].

Удельный вес ВИЧ-позитивных в Москве среди зарегистрированных ПИН по сравнению с 2022 г. снизился на 1,7 п.п. и в 2023 г. составил 15,6%;

показатель в РФ за год также снизился на 0,9 п.п. и составил 29,1%.

В 2023 г. в медицинские организации Москвы за помощью в амбулаторных условиях впервые в жизни обратились 4 841 пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ, что составило 36,9 на 100 тыс. нас. Данный показатель в 2 раза меньше среднероссийского уровня.

Таким образом, в Москве в 2023 г. продолжилось снижение показателей общей и первичной заболеваемости наркологическими расстройствами. Среди обратившихся больных преобладали мужчины в соотношении 1:3. В структуре заболеваемости наибольшая доля пришлась на пациентов с алкогольными расстройствами. Процент больных наркоманией в два раза меньше больных алкоголизмом. Показатель общей заболеваемости алкоголизмом, включая АП, в Москве в два раза ниже, чем РФ. Уровень общей заболеваемости наркоманией в Москве значительно выше, чем в среднем по РФ, а уровень пагубного употребления наркотиков в РФ в 5 раз выше, чем в Москве. В структуре больных наркоманией в 2023 г. впервые наблюдалось преобладание больных, употребляющих другие наркотики и их сочетания над потребителями опиоидов.

Совместная межведомственная деятельность специалистов Москвы, осуществляющих профилактические вмешательства, позволила добиться заметной эффективности в рамках предотвращения употребления психоактивных веществ, а специализированные наркологические учреждения города обеспечивали адекватный методологический уровень, информационную поддержку и мониторинг эффективности организации профилактических мероприятий и межведомственного взаимодействия, что в итоге выразилось в снижении распространенности употребления ПАВ.

Литература/ References:

1. Клинические и организационные вопросы наркологии /Монография. Сер. «Библиотека журнала «Наркология»» [В.Б. Альтшулер и др.]; под ред. Е.А.

Кошкиной. Москва, 2011. 580 с.

2. Ладная Н.Н., Киржанова В.В., Ежова Л.В., Богомяглова Е.С., Мельник И.Н. Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди ключевых групп населения (ЛРСР, ЛУИН, КСР) в двух регионах Российской Федерации. Биоповеденческое исследование методом выборки, формируемой респондентами, в г. Москве и г. Санкт-Петербурге. Санкт-Петербург - Москва. 2023. 350 с. [Электронный ресурс]: URL: <https://kaskad.haf-spb.org/rasprostranennost-vich-infekczii-i-riskovannogo-povedeniya-sredi-klyuchevykh-grupp-naseleniya-lrsp-luin-ksr-v-dvuh-regionah-rossijskoj-federaczii/>. (Дата обращения 31.07.2024 г.).

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Красноперова А. О.

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

Аннотация. Статья посвящена проблеме эмоционального интеллекта. Авторами были проанализированы научные работы, посвященные различным аспектам эмоционального интеллекта, определены основные теоретические позиции по определению структуры эмоционального интеллекта. Цель работы: определить уровень эмоционального интеллекта сотрудников подразделений ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского. Для определения уровня сфорсированности эмоционального интеллекта нами было проведено тестирование по методике Н. Холла. На основе полученных результатов сделан вывод о том, что уровень отдельных компонентов эмоционального интеллекта выше среднего и это не может являться препятствием к развитию коммуникативных навыков медицинских работников.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, управление своими эмоциями, самомотивация, социомические профессии, диагностика Н. Холла.

EMOTIONAL INTELLIGENCE IN THE PROFESSIONAL ACTIVITIES OF MEDICAL STAFF

Krasnoperova A. O.

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

Abstract. The article is devoted to the problem of emotional intelligence. The authors analyzed scientific works devoted to various aspects of emotional intelligence, identified the main theoretical positions on determining the structure of emotional intelligence. The purpose of the work: to determine the level of emotional intelligence of employees of the departments of the GAUZ KKDC named after I.A. Kolpinsky. To determine the level of forced emotional intelligence, we conducted testing according to the method of N. Hall. Based on the results obtained, it was concluded that the level of individual components of emotional intelligence is above average and this cannot be an obstacle to the development of communication skills of medical workers.

Keywords: emotional intelligence, control of one's emotions, self – motivation, socio-economic professions, N. Hall's diagnostics.

Эмоциональный интеллект – это распространённое понятие, применяемое специалистами многих областей наук. Подразумевает под собой способность человека понимать свои собственные эмоции и эмоции людей, с которыми он взаимодействует [8].

В современном обществе возрастают требования к коммуникативным навыкам специалистов, и эмоциональный интеллект – основа формирования профессиональных навыков, особенно в профессиях с высоким уровнем социального взаимодействия. Социально-экономические профессии в отечественной психологии получили наибольшую известность [4].

Предметом изучения, изменений, развития и обслуживания этих профессий являются люди, субъект – субъектный тип профессий. Они

характеризуются интенсивными межличностными отношениями, стрессогенностью, высокой степенью ответственности. Это, несомненно, накладывает отпечаток на личность специалиста и требует затраты внутренних ресурсов.

Итак, профессии социономического типа характеризуются следующим:

Объект деятельности – человек, социальные группы, сообщества.

Вид деятельности – медицинское обслуживание, обучение и воспитание, социальное и бытовое обслуживание, информационное обслуживание, руководство и другое.

Цель деятельности – обучение, адаптация и социализация личности, достижение высокого качества жизни и благополучия, сохранение здоровья психологического и физиологического.

Для данных профессий человеку необходимо обладать определенными личностными качествами, таких как ответственность, готовность к самосовершенствованию и самореализации, способность к организации своей работы и работы других людей, умение слушать и слышать и доброжелательность к людям. Более высокий индивидуальный эмоциональный интеллект имеет несколько предполагаемых преимуществ, таких как снижение стресса, выгорания и повышение удовлетворенности работой. Деловой мир признает, что EI полезен с точки зрения производительности и результатов [9].

Условия труда представителей социономических профессий сложные. Это как повышенное нервно – психическое напряжение, необходимость в переключении с одного вида деятельности на другой, речевая ответственность, так и повышенная моральная ответственность на постоянной основе. Особенности профессиональной деятельности, высокий самоконтроль, интенсивная психоэмоциональная деятельность, психическая напряжённость, высокая когнитивная сложность, приводят к эмоциональному выгоранию и профессиональным заболеваниям [1, 2, 7].

Схожие исследования среди студентов показали, что наибольшее

количество студентов имели средний уровень эмоционального интеллекта по всем исследуемым шкалам. Что в контексте медицинских профессий является объектом для серьезной педагогической работы [6].

Исследования среди среднего медицинского персонала Нижневартовска показали недостаточное их владение коммуникативными умениями и навыками, что чаще приводит к истощению и эмоциональному выгоранию [3].

Онлайн – опрос сотрудников различных медицинских организаций показал, что большинство сотрудников имели средний уровень эмоционального интеллекта, меньшее количество сотрудников имели высокий уровень эмоционального интеллекта и небольшая часть сотрудников имели низкий уровень [5].

Цель исследования – изучение эмоционального интеллекта среди медицинского персонала.

Материалы и методы. Дизайн исследования: одномоментное сплошное исследование. В исследовании участвовал 41 медицинский работник различных возрастов подразделений ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского. Критерии включения в исследование: трудовая деятельность на базе ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского, проживание на территории Кемеровской области, желание участвовать в исследовании. Критерии не включения в исследование: трудовая деятельность в других медицинских учреждениях, проживание за пределами Кемеровской области, нежелание участвовать в исследовании. Работникам учреждения была предложена диагностика «Эмоционального интеллекта» (Н. Холла). Тест на эмоциональный интеллект представляет собой опрос, показывающий, насколько человек владеет собственными чувствами, понимает чувства других, контролирует их и умеет применять в решении практических задач.

Тест Н. Холла состоит из высказываний, которые человек относит или не относит к своей жизни. Подсчитывая баллы, определяется уровень эмоционального развития.

Результаты и их обсуждения.

Тестирование было пройдено 41 медицинским работником различных возрастов подразделений ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского. Высказывания теста сгруппированы по пяти шкалам, которые посвящены эмоциональной осведомленности, управлению своими эмоциями, самомотивации, эмпатии и распознаванию эмоций других людей. Также по каждой шкале высчитывается сумма баллов с учетом выбранного варианта ответа. Результаты эмоционального интеллекта среди медицинских сотрудников по шкалам представлены на рис 1.

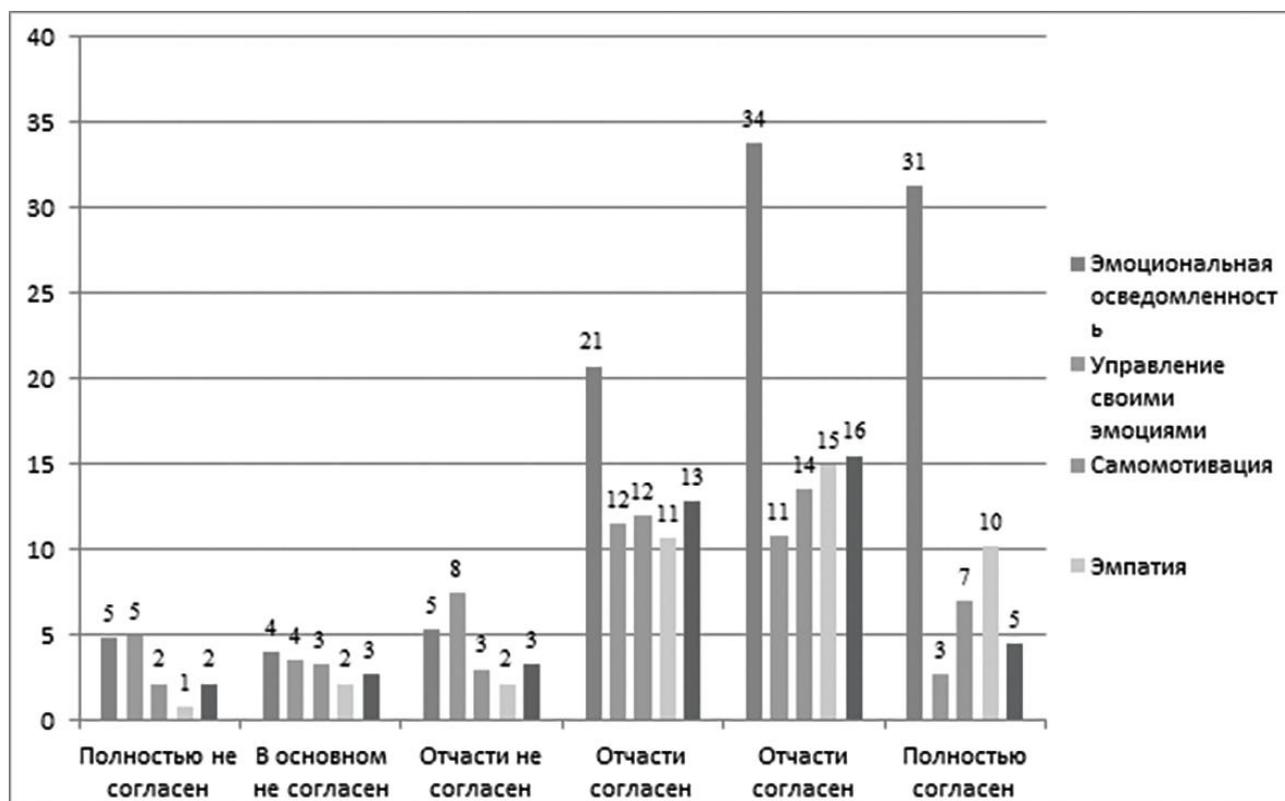


Рис 1. - Результаты эмоционального интеллекта среди медицинских сотрудников по шкалам (%).

По результатам проведенного исследования было получено, что 34% медицинских работников были полностью не согласны с высказываниями, касающимися эмоциональной осведомленности. В то время как, 31% были полностью согласны с предложенным суждением. Также в основном не согласны – 4%, отчасти не согласны – 5%, отчасти согласны – 5%, в основном

согласны – 21%. Данные показатели свидетельствуют о том, что большинство медицинских работников данной организации недостаточно осведомлены о своём внутреннем состоянии, они не осознают и не понимают своих чувств.

По шкале «управление своими эмоциями» было установлено, что полностью согласны с высказываниями данной тематики всего 7% опрошенных, в основном согласны – 21%, отчасти согласны – 28%, отчасти не согласны – 18%, в основном не согласны – 9%, а полностью согласны – 26%. Данная шкала характеризует эмоциональную гибкость и отходчивость, способность медицинского работника произвольно управлять своими эмоциями и чувствами. Такие показатели говорят о слабом эмоциональном контроле своих переживаний медицинскими работниками подразделений ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского.

Следующая группа высказываний посвящена самомотивации и согласно результатам проведенного тестирования, было получено, что полностью согласны с суждениями 17% медицинским работникам, в основном согласны – 33%, отчасти согласны – 29%, отчасти не согласны – 8%, в основном не согласны – 8% и полностью не согласны 5%. Полученные результаты не могут не радовать, ведь это говорит о целеустремленности, решительности и стабильности личности, а эти качества являются неотъемлемой частью работы медицинского работника для оказания квалифицированной медицинской помощи.

Эмпатия – это способность понимать эмоции других людей, сопереживать им и уметь оказать помощь, если это необходимо. По данной шкале полностью согласных с высказываниями этой тематики выявлено 25% от числа всех опрошенных, в основном согласны – 37%, отчасти согласны – 26%, отчасти не согласны – 5%, в основном не согласны – 5%, полностью не согласны – 2%. Полученные результаты свидетельствуют об умении переживать чувства других людей, преобладающим среди сотрудников медицинской отрасли.

Воздействовать на состояние других людей, согласно данным опроса уверенно способны 11%. Данное качество не в полной мере развито у 38% опрошенных. 31% респондентов очень сомневаются в озвученной характеристике. 8% отчасти не согласны с заключениями тестирования. На 1% меньше в основном не согласных опрошенных. И только 5% среди сотрудников совсем не могут воздействовать на состояние пациентов и других людей.

Выводы. Согласно результатам, полученным благодаря участию медицинского персонала подразделений ГАУЗ ККДЦ имени И.А. Колпинского в прохождении тестирования Н. Холла эмоциональный интеллект выше среднего. Данные показатели говорят о необходимости развития восприятия собственных эмоций, навыков управления ими, а также способности понимать и чувствовать эмоции других людей, уметь оказывать помощь.

Литература/References:

1. Доценко О.Н. Эмоциональная направленность представителей социономических профессий с различным уровнем выгорания // О.Н. Доценко // Автореферат...канд. психол. наук: 19.00.03. Москва, 2008. 28 с.
2. Зеер Э.Ф. Психология профессий. Учеб. пособие для вузов. – 2 – е изд., перераб., доп. М.: Академический проспект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003. 336 с. 8. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. Ростов – на- Дону: Феникс, 1996. 512 с.
3. Ибрагимова Л.А., Исупов П.В. К проблеме эмоциональной регуляции среднего медицинского персонала // Вестник Нижневартковского государственного университета. 2018. №2. С. 27 – 33.
4. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. Ростов – на-Дону: Феникс, 1996. 512 с.
5. Платонова Т.А., Голубкова А.А., Смирнова С.С., Шахова К.В. Soft skills как профессиональная платформа в процессах адаптации медицинских работников в кризисных ситуациях. Здоровье населения и среда обитания – ЗНиСО. 2022;1(1):21 – 28.

6. Тимченко Наталья Станиславовна, Кочетова Юлия Юрьевна, Миронова Светлана Викторовна, Тупикина Валерия Александровна
Эмоциональный интеллект как компонент профессиональной компетентности будущих медицинских работников // Ученые записки университета Лесгафта. 2021. №7 (197). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnyy – intellekt – kak – komponent – professionalnoy – kompetentnosti – buduschih – meditsinskih – rabotnikov> (дата обращения: 23.09.2024).

7. Шингаев С.М. Профессиональное здоровье представителей социономических профессий [Электронный ресурс] / С.М. Шингаев. URL:: <http://www.psyhodic.ru/arc.php?page=3891>. (дата обращения: 23.09.2024).

8. Farmer J. Emotional Intelligence for Healthcare / J/ Farmer, M. Mistry, A. Jainer // Sushruta Journal of Health and Opinion. – 2022. – Vol. 13. – P. 6 – 27.

9. Sharp G, Bourke L, Rickard MJFX. Review of emotional intelligence in health care: an introduction to emotional intelligence for surgeons. ANZ J Surg. 2020 Apr;90(4):433 – 440. doi: 10.1111/ans.15671. Epub 2020 Jan 21. PMID: 31965690.

**АРТ–ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ
В ПСИХОКОРРЕКЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА
НА БАЗЕ ГБУЗ ЛКПБ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

Кулебакина С. Ф.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница» Минздрава России,
Россия, г. Ленинск-Кузнецкий*

Аннотация. Арт-терапевтическая техника имеет свои особенности, преимущества и ресурсы: она направлена на стабилизацию состояния больных, адаптацию их к условиям психиатрического учреждения, и дальнейшую социализацию их в обществе. Занятия творчеством на этапе лечения позволяют пациенту выразить свои переживания, помогают их структурированию и

осознанию, способствуют установлению контакта пациента с окружающими. По рисункам можно оценить эмоциональное состояние пациентов. В процессе и по завершению курса занятий арт-терапии, психологами и самими пациентами отмечаются как индивидуальные, так и групповые результаты.

Ключевые слова: арт-терапия, творчество, клиническая, психические расстройства, лечебно-реабилитационные, социализация.

**ART-THERAPEUTIC METHODS USED IN PSYCHOCORRECTION
AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIC
SPECTRUM ON THE BASIS OF GBUZ LCPB DAY HOSPITAL**

Kulebakina S. F.

*State Budgetary Healthcare Institution «Leninsk-Kuznetsk
Psychiatric Hospital», Leninsk-Kuznetsky, Russia*

Abstract. Art therapy technique has its own characteristics, advantages and resources: It is aimed at stabilizing the condition of patients, adapting them to the conditions of a psychiatric institution, and further socializing them in society. Creative activities at the stage of treatment allow the patient to express their experiences, help them structure and realize, and help establish contact between the patient and others. The drawings can be used to assess the emotional state of patients. During and at the end of the course of art therapy classes, psychologists and patients themselves note both individual and group results.

Keywords: art therapy, creativity, clinical, mental disorders, treatment and rehabilitation, socialization.

Введение. История использования творческих упражнений с больными начинается с половины XX века, когда в 1938 году художник и врач Адриан Хилл применял арт-терапию с больными туберкулезом с целью улучшения эмоционального состояния и последующего восстановления.

Арт-терапия – это направление в психотерапии, психологической

коррекции и реабилитации, основанное на выполнении творческих упражнений с пациентами (клиентами) для достижения терапевтических целей [1].

Определенное значение для проникновения первых форм арт-терапевтической работы в психиатрические учреждения имела неудовлетворенность клиницистов «ограничивающими» и «подавляющими» подходами. В скромном арсенале методов лечения психических заболеваний XIX - начала XX века различные виды творческих занятий пациентов занимали не последнее место, хотя использовались, главным образом, с целью их социализации, занятости, «нравственного воспитания» или для получения дополнительной информации об особенностях их внутреннего мира и потребностях. Примерно с середины XX века занятия психиатрических пациентов художественным творчеством начинают все более активно использоваться с целью их занятости, лечения и реабилитации. В наше время арт-терапевтические техники используются широко, в разных психотерапевтических направлениях.

Многие пациенты выражают свое стремление к индивидуальным занятиям художественным творчеством. Обратив внимание на яркость, самобытность и различные детали их работ, можно сделать некоторые выводы о характере и личности пациента. Например, использование определенных цветов может отражать эмоциональное состояние человека: тёплые тона часто связаны с положительными чувствами, тогда как холодные могут указывать на тревогу или печаль. Таким образом, арт-терапия становится важным инструментом не только для терапевтического взаимодействия, но и для диагностики. Она помогает медицинским работникам глубже понять пациента, его переживания и потребности, обеспечивая более точный подход к лечению и реабилитации.

Для работы в данном направлении необходимо иметь широкий выбор различных изобразительных материалов. Наряду с красками, карандашами, восковыми мелками или пастелью часто используются также цветная бумага,

фольга, глина, текстиль, пластилин, дерево и другие материалы. Качество материалов должно по возможности быть достаточно высоким, так как в противном случае это снижает ценность самой работы и её результатов в глазах пациентов. Это чревато, в свою очередь, затруднением интерпретации для психолога [2].

Разные формы арт-терапевтической работы проводятся на базе ГБУЗ ЛКПБ дневного стационара медицинским психологом и медицинским персоналом участвующих в организации пациентов. Работа бригадным методом осуществляется врачом-психиатром, психотерапевтом, социальным работником, медицинским психологом, медицинской сестрой, что позволяет лучше учитывать динамический клинический и социальный статус больных, уделяя больше внимания их адаптации в обществе, развивать у пациентов социальные навыки и потребности.

Основная часть пациентов страдает хроническими психическими заболеваниями, имея группу инвалидности, и находятся на динамическом наблюдении. В случае ухудшения состояния больным назначается соответствующее амбулаторное лечение, а при его недостаточной эффективности, пациенты могут быть направлены на лечение в психиатрическую больницу или имеющийся дневной стационар.

Современная арт-терапия включает в себя не только живопись, рисунок, участникам арт-терапевтического процесса предлагаются самые разнообразные занятия изобразительного и прикладного характера, такие как графика, скульптура, фотография, лепка и другое. Кроме того, в современную арт-терапию включены и такие формы творческой деятельности, как видеоарт, инсталляция, перформанс, компьютерное творчество [3].

Применяемая на начальных этапах лечения арт-терапия имеет своей целью стабилизацию состояния больного и его адаптацию к условиям психиатрического учреждения. Занятия изобразительной деятельностью на этом этапе позволяют пациенту выразить свои переживания, помогают их

структурированию и осознанию, а также способствуют установлению контакта больного с окружающими. Кроме того, использование арт-терапевтических приемов на этом этапе позволяет получить дополнительную информацию о содержании внутреннего мира больного и системе его отношений. При работе с пациентами учитывается состояние больных, их способность понимать инструкции, образовательный уровень, учитывают нарушения в интеллектуально-мнестической деятельности, изменения личностных особенностей, степень коммуникативных способностей. Темп деятельности, работоспособность, оценивается критичность. Пациенты не способны следовать жестким правилам работы. Поэтому арт-терапевтическая работа организуется по-разному, и проводится, как индивидуально, так и группой.

Арт-терапия на последующих этапах лечения и реабилитации имеет в качестве основных задач дальнейшую стабилизацию психического состояния пациентов, предупреждение новых обострений, преодоление негативных последствий болезни, связанных, в частности, с «синдромом госпитализма», потерей трудоспособности, ограничением социальных контактов и т.д. Немаловажное значение имеет восстановление ценных практических навыков и интересов больных, повышение их самооценки и самостоятельности, а также преодоление социальной стигматизации.

Объекты и методы исследования: клинико-диагностический, арт-терапия изобразительного творчества, музыкотерапия, танцевальная терапия, арт-терапия с использованием методов когнитивных техник.

Цель: приемами арт-терапевтических техник стабилизировать эмоциональное состояние пациентов, адаптировать их к условиям психиатрического учреждения и в дальнейшем социализировать их в обществе.

Задачи:

1. Выявление и лечение психических нарушений.
2. Применение арт-терапевтических техник для стабилизации состояния пациентов.

3. Адаптация пациентов в условиях психиатрического учреждения и дальнейшая социализация их в обществе.

Результаты и их обсуждения. Работа с пациентами на базе дневного стационара начиналась с клинико-диагностического обследования. В коррекционных мероприятиях в течении года участвовало 80 человек. На начальных этапах проводилось клинико-диагностическое обследование. После выявленных нарушений к каждому пациенту подбирался свой индивидуальный подход. На первых этапах работы пациенты не сразу включились в работу, а постепенно. Занятия начинались с музыкотерапии, обсуждения, дыхательной гимнастики, после предлагались занятия изобразительной деятельностью, творчеством. Каждое занятие было разнообразным. На каждом этапе использовались разные арт-терапевтические техники.

Клинико-диагностические показатели. При работе с пациентами на начальном этапе у 80% пациентов проявлялись признаки безынициативности, бездеятельности, вовлекались в работу с трудом, не проявляли инициативы, избегали общения, уходили в тихий безлюдный уголок только бы их не трогали. Группы состояли из 7 человек. У 70% пациентов был снижен темп психических процессов, у 30% снижено восприятие, 60% снижение памяти, внимания и у 100 % пациентов нарушено мышление и выявлены признаки эмоционально-волевого дефекта. 20 % пациентов испытывали трудности при выполнении проб, они не понимали инструкций, все задания выполняли с целенаправленной помощью со стороны психолога, темп умственной работоспособности снижен, выражены признаки инертности психических процессов и тугоподвижности мышления.



Рис. 1. – Занятия арт-терапией.

Занятия проводятся в течении года. На протяжении этого времени, у пациентов постепенно в течении нескольких месяцев улучшилась динамика 90% пациентов посещают коррекционные занятия и стали проявлять инициативу, группы состояли уже в количестве от 15 до 20 человек. Пациенты активно участвуют в обсуждении каких-то тем.

Арт-терапия положительно влияет на когнитивные функции всех пациентов, те 20% пациентов, которые испытывали трудности в самостоятельной работе выполнении арт-терапевтических техник, теперь с удовольствием принимают активное участие. Выполняют несложные задания, хотя и много времени уходит на выполнение проб.

Выводы. Изобразительная деятельность является мощным средством сближения людей по средствам невербального общения. Налаживания коммуникативных навыков. Особенно это ценно для клинического психолога в ситуациях затруднения контакта с пациентом. Результат изобразительного творчества, выражает настроение и мысли человека, что позволяет

использовать их в интерпретации, динамической оценке состояния. Арт-терапия помогает выразить свои переживания, вызывает положительные эмоции, помогает преодолевать апатию и безынициативность, сформировать более активную жизненную позицию. Активные реабилитационные мероприятия стимулируют пациентов на лечение, в дальнейшем на социализацию в обществе. Совмещение фармакотерапии с творческой изобразительной деятельностью в рамках дневного стационара, способствует решению многих задач, реабилитации, профилактике, лечению. Укрепление навыков саморегуляции, снижение тревоги, страха, актуализируя личностные ресурсы.

Литература/ References:

1. Киселёва О.А. Арт-терапия как метод психокоррекции: возникновение и становление // Universum: психология и образование. 2022. №3 (93). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/art-terapiya-kak-metod-psihokorreksii-vozniknovenie-i-stanovlenie> (дата обращения: 04.09.2024).
2. Абдуева П.К. АРТ-ТЕРАПИЯ // Мировая наука. 2018. №5 (14). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/art-terapiya> (дата обращения: 04.09.2024).
3. Платонова А. В. Арт-терапия в работе психолога // Вестник СМУС74. 2014. №1 (4). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/art-terapiya-v-rabote-psihologa> (дата обращения: 04.09.2024).

АРТ-ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД СОЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Лобанова Е. И.

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

Аннотация: В данной статье рассмотрена арт - терапия как метод социальной коррекции больных шизофренией. Приведено преимущество арт

терапии.

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, Narcology and Medical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

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.

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. 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.

Литература/ References:

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. Загрязской. М. : 4ТЕ Арт, 2023. С. 52 - 58.

3. Лузатто П. Краткосрочная арт-терапия в остром психиатрическом отделении // Практикум по арт-терапии / под ред. А.И. Копытина. СПб.: Питер, 2023. С. 231-247.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

психотропных веществ, и включает в себя социально-психологическое тестирование и профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях, профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования (далее – образовательные организации).

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

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

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

Государственная организация образования «Кузбасский региональный

центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности» (далее – ГОО «Кузбасский РЦППМС») ежегодно обеспечивает образовательные организации Методикой проведения тестирования в автоматизированной форме, сопровождение и методическую поддержку проведения тестирования, прием результатов от руководителей образовательных организаций, обработку и анализ результатов тестирования, составление итогового акта результатов СПТ и передачу его в срок до 01 ноября в Министерство образования Кузбасса.

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

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

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

В период с 01 декабря по 01 мая текущего учебного года специалистами

подразделений наркологической службы осуществляются мероприятия по проведению ПМО обучающихся в отобранных по результатам СПТ образовательных организациях.

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

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

ОПЫТ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ВОЛОНТЕРСКИХ ОБЪЕДИНЕНИЙ К РАБОТЕ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НЕЗАКОННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ИЛИ ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

Лопатин А. А., Вострых Д. В., Дубская Ю. В., Яцута И. В.
*ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер
имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России,
Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В статье отражены основные направления антинаркотической профилактической работы с привлечением ресурса волонтерских объединений.

Ключевые слова: наркотические средства, психоактивные вещества, антинаркотическая профилактика, волонтеры/

MEASURES TAKEN TO REDUCE THE LEVEL OF ALCOHOL CONSUMPTION BY THE POPULATION OF KUZBASS

Lopatin A.A., Vostrykh D.V., Dubskaya Y.V., Yatsuta I.V.
*Kuzbass Clinical Narcological Dispensary
named after Professor N.P. Kokorina, Russia, Kemerovo*

Abstract. The article reflects the main directions of anti-drug preventive work involving the resource of volunteer associations.

Keywords: narcotic drugs, psychoactive substances, anti-drug prevention, volunteers.

Антинаркотическая профилактика на современном этапе – это целостная, организуемая в рамках единой государственной программы система мер, которая имеет свое содержание, свою этапность и динамику развития, свой определенный конечный результат и реализуется государственными и общественными структурами. Профилактика направлена на снижение факторов риска употребления психоактивных веществ и повышение факторов защиты. Профилактическая деятельность строится на комплексной основе и обеспечивается современными усилиями преподавателей учебных заведений, психологов, медицинских работников, сотрудников правоохранительных органов, социальных работников.

Профилактика зависимости от алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ представляет собой стратегии, направленные либо на снижение влияния факторов риска заболевания, либо на усиление действия факторов, которые понижают восприимчивость к этим болезням.

Главная цель профилактических мероприятий заключается в объединении образовательных, социальных и медицинских мер первичной, вторичной и третичной профилактики, обеспечивающих достижения общего результата.

Первичная профилактика имеет целью предупредить начало употребления психоактивных веществ лицами, ранее их не употреблявшими. Она является преимущественно социальной, наиболее массовой и ориентирована на общую популяцию детей, подростков, молодежи. Ее усилия направлены не столько на предупреждение развития болезни, сколько на формирование способности сохранить либо укрепить здоровье.

Приоритеты в первичной профилактике отданы сегодня педагогам,

работающим в образовательной сфере. Роль специалистов медицинских организаций и других учреждений здравоохранения отводится оздоровлению детей, подростков и молодежи, их длительное наблюдение и реабилитация после перенесенных тяжелых заболеваний, своевременное выявление астенизации, психических расстройств и пр.

Профилактическая деятельность специалистов подразделений наркологической службы Кузбасса проводится с применением региональных программ профилактики путем взаимодействия с различными государственными, муниципальными и общественными организациями (образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры и спорта, молодежной политики, правоохранительными органами, службой занятости, комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав и др.), в том числе в рамках проведения ежегодных межведомственных антинаркотических профилактических акций.

Помимо этого, специалисты наркологической службы активно вовлекают в профилактическую работу молодежные объединения, позволяющие эффективно воздействовать на несовершеннолетних и молодых людей в части формирования у них приверженности к ведению здорового образа жизни.

Специалистами наркологической службы Кузбасса организовано постоянное взаимодействие с региональными волонтерскими объединениями, осуществляющими деятельность в сфере профилактики употребления наркотических средств или психотропных веществ подростками и молодежью. Так, на регулярной основе осуществляется совместная работа со Всероссийским общественным движением «Волонтеры-медики» в Кемеровской области - Кузбассе, Кибердружиной «Киберлайф», областным подростковым движением «Альфа Кузбасса» и др.

Движение «Волонтеры-медики» в Кемеровской области существует на базе ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России с 2018 года и на сегодняшний день объединяет в своих рядах

более 1 000 студентов. Также в регионе функционируют 6 местных отделений, которые расположены в медицинских колледжах в городах: Кемерово, Новокузнецк, Прокопьевск, Анжеро-Судженск, Белово, Ленинск-Кузнецкий, координируемые ГБПОУ «Кузбасский медицинский колледж».

Взаимодействие наркологической службы с движением «Волонтеры-медики» осуществляется на базе медицинского университета. Специалистами наркологической службы ежемесячно проводятся обучающие семинары, где студентам-медикам представляют информацию о принципах организации работы со сверстниками по направлениям профилактики курения, потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ; использования в профилактической деятельности наглядных пособий и видео-материалов; учета возрастных особенностей в организации профилактики и др. Все эти знания волонтеры отрабатывают на практике, получая прикладной навык профилактической работы.

Образовательные организации региона при кураторстве сотрудников наркологической службы предоставляют волонтерам площадки для проведения занятий по принципу «равный - равному» с обучающимися старших классов. Регулярно проводятся занятия с 8-9-10 классами по профилактике курения, отказу от проб и употребления алкогольной продукции, приоритетах здорового образа жизни, опасности потребления наркотиков (в рамках тематических недель Минздрава России, Всероссийских и международных тематических дней).

Волонтеры-медики ежегодно являются участниками мероприятий, приуроченных к Международному дню борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков 26 июня, Всероссийскому дню трезвости 11 сентября, а также проводимых в рамках региональных антинаркотических акций. В общеобразовательных организациях и организациях среднего и высшего профессионального образования волонтеры помогают организовывать тематические мероприятия, являются их со-ведущими и активными

участниками; проводят занятия с презентациями, беседы, викторины. Также активисты движения «Волонтеры-медики» регулярно привлекаются специалистами наркологической службы к масштабным антинаркотическим мероприятиям в качестве промоутеров для раздачи тематических листовок и буклетов.

Активная работа по обучению волонтеров проводится специалистами наркологической службой Кузбасса совместно с Управлением по контролю за оборотом наркотиков ГУ МВД России по Кемеровской области - Кузбасса.

Добровольческое объединение Кибердружина «Киберлайф» объединяет работающую молодежь, которая занимается противодействием распространению наркотиков путем рекламы и продажи через сети Интернет. Теоретические знания и постоянная их актуализация является необходимым условием для мотивации и эффективной работы волонтеров данного объединения, поэтому специалисты наркологической службы регулярно консультируют добровольцев «Киберлайф» и ежеквартально проводят с ними образовательные тематические семинары. По запросу членов дружины проводятся индивидуальные тематические консультации.

Подростковое волонтерское объединение «Альфа Кузбасса» объединяет школьников всех территорий Кузбасса, занимающихся пропагандой здорового образа жизни и профилактикой употребления психоактивных веществ. С кураторами данного объединения специалистами региональной наркологической службы проводятся обучающие тематические семинары, круглые столы, межведомственные профилактические мероприятия. Подростки-активисты «Альфа Кузбасса» ежегодно участвуют в областном образовательном форуме, где специалисты наркологической службы проводят для них мастер-классы по профилактике употребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, знакомят с новыми технологиями первичной профилактики наркологических расстройств. В рамках ежегодного образовательного форума проводятся мастер-классы для добровольцев «Альфа

Кузбасса» и тематические лекции для их кураторов.

Следует отметить, что активисты указанных волонтерских объединений регулярно привлекаются к организации и проведению масштабных тематических мероприятий, творческих проектов, организуемых специалистами наркологической службы Кузбасса, а также являются самыми активными зрителями спектаклей театра-студии «Фламинго», действующего на базе отделения медицинской реабилитации наркологического диспансера г.Кемерово (справочно: театр-студия «Фламинго» организован более 12 лет назад; актерами театра являются пациенты, прошедшие курс лечения и медицинскую реабилитацию). Коллектив театра ежегодно представляет антинаркотические спектакли на различных площадках Кузбасса на бесплатной основе, действуя на добровольческих принципах. Благотворительная деятельность театра-студии «Фламинго» высоко оценивается специалистами-превентологами в качестве эффективного профилактического инструмента, применяемого для снижения уровня распространения наркологических расстройств

При проведении мероприятий, приуроченных к Международному дню борьбы со злоупотреблением наркотическими средствами и их незаконным оборотом (26 июня), а также на протяжении всего периода проведения комплексной профилактической акции «Летний лагерь – территория здоровья» ежегодно сотрудниками наркологической службы также задействуется ресурс волонтерского движения.

Так, например, в июне 2024 года совместно с Федерацией «Универсальный бой» в Кузбассе и волонтерами ГПОУ «Кемеровский аграрный техникум» специалисты наркологической службы организовали и провели комплексное профилактическое военно-спортивное мероприятие «Вне зависимости». Мероприятие объединило площадки, посвященные здоровому образу жизни и патриотическому воспитанию подрастающего поколения: спортивные локации, тематические викторины, интерактивные беседы и

тренинги.

В августе 2024 года сотрудниками региональной наркологической службы впервые организовано межведомственное обучение основам организации профилактической работы «комиссаров» – вожатых межрегионального отряда «Товарищ» региональной смены «Республика беспокойных сердец». Данная смена ежегодно собирает для обучения самых активных старшеклассников со всех территорий Кузбасса. В смене 2024 года приняло участие более 200 активистов Кузбасса. Знания, полученные вожатыми на семинаре, будут транслированы лидерам волонтерских отрядов Кузбасса, представителям объединения «Движение первых», активистам школьного самоуправления всего региона. Подростки смогут применить их в своей школьной деятельности и с использованием принципа «равный обучает равного» передать сверстникам, помогут ориентировать их на ведение здорового образа жизни и отказ от употребления психоактивных веществ.

Активно к организации и проведению масштабных антинаркотических мероприятий привлекаются волонтеры Всемирного молодежного движения «Dance4life – Танцуй ради жизни!», проекты которого на территории региона воплощают в жизнь молодые люди под руководством кураторов Кемеровского благотворительного регионального общественного фонда «Кузбасс против наркотиков и СПИДа». Проекты волонтеров «Dance4life» направлены на популяризацию идей здорового образа жизни и ответственного поведения в сфере репродуктивного здоровья. Более 300 участников проекта ежегодно проводят свыше 200 мероприятий, охват которыми составляет около 6 000 подростков и молодежи.

Таким образом, специалисты наркологической службы Кузбасса не только имеют многолетний успешный опыт привлечения волонтерских движений к профилактической деятельности антинаркотической направленности, но и ежегодно принимают участие в подготовке волонтеров для работы по профилактике употребления подростками и молодежью

наркотических средств и психотропных веществ.

**ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ
НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ КУЗБАССА**

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

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

²Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье описаны основные направления наркологической помощи детям и подросткам, в том числе в условиях межведомственного подхода, реализуемые в Кемеровской области.

Ключевые слова: несовершеннолетние, аддикция, дети и подростки, наркологические расстройства, профилактика.

**MAIN ASPECTS OF PROVIDING NARCOLOGICAL
CARE TO MINORS OF KUZBASS**

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

¹*Kuzbass Clinical Narcological Dispensary*

named after Professor N.P. Kokorina, Russia, Kemerovo

Abstract. The article describes the main directions of drug treatment assistance for children and adolescents, including in the context of an interdepartmental approach, implemented in the Kemerovo region.

Keywords: minors, addiction, children and adolescents, drug addiction disorders, prevention.

Дети и подростки, еще не до конца физически и психически сформированные, особенно сильно страдают от развивающихся зависимостей и

их последствий. Поэтому очень важно заметить «проблему» своевременно и предотвратить развитие заболеваний на раннем этапе.

Особое внимание уделяется работе с ближайшим социальным окружением детей и подростков, в первую очередь с родителями. Как правило, родители (законные представители) не желают обращаться за «официальной» наркологической помощью при подозрениях на употребление несовершеннолетними алкоголя или наркотических средств; многие родители не хотят, чтобы подросток был взят под наблюдение психиатра-нарколога, тем самым усугубляют возникшую проблему, вследствие чего несовершеннолетний не получает необходимую и, что немаловажно, своевременную помощь.

Кроме того, ежегодно отмечается низкое количество подростков, направленных к специалистам наркологической службы образовательными организациями; общеобразовательные школы, профессиональные образовательные организации тем самым стараются скрыть факты употребления алкоголя и других психоактивных веществ учениками и пытаются «решить проблему» на своем уровне. Такой подход также способствует несвоевременному обращению подростков за необходимой наркологической помощью и влечет формирование у них зависимости от алкоголя, наркотических средств и других психоактивных веществ.

В настоящее время в Кемеровской области - Кузбассе функционирует детско-подростковая наркологическая служба, включающая в себя сеть районных кабинетов врачей психиатров-наркологов для обслуживания детского населения, стационарных, полустационарных и реабилитационных отделений.

Одним из ключевых направлений антинаркотической работы является профилактика наркологических расстройств среди несовершеннолетних. В рамках мероприятий «дорожной карты» по профилактике правонарушений и обеспечению правопорядка в Кемеровской области - Кузбассе в целях первичной профилактики употребления психоактивных веществ специалисты наркологической службы региона проводят в образовательных организациях

индивидуальные и групповые беседы с учащимися, презентации, демонстрации фильмов профилактического содержания с последующими дискуссиями.

Помимо этого, медицинские работники наркологической службы принимают активное участие в родительских собраниях, где рассказывают о негативном влиянии алкоголя и других психоактивных веществ на организм детей и подростков, предоставляют информацию о новых способах их употребления и последствиях воздействия на развивающийся организм несовершеннолетних. При необходимости направляют родителей с несовершеннолетними на индивидуальные консультации к врачам психиатрам-наркологам.

Особое внимание специалистами региональной наркологической службы уделяется раннему выявлению потребителей наркотических средств среди обучающихся. Ежегодно врачи психиатры-наркологи подразделений наркологической службы Кузбасса участвуют в проведении профилактических медицинских осмотров (ПМО) школьников и студентов образовательных организаций среднего и профессионального образования.

В целях реализации дополнительных мероприятий в части профилактики развития среди обучающихся в образовательных организациях кемеровской области - Кузбасса наркологических расстройств, Министерством здравоохранения Кузбасса в аппарат антинаркотической комиссии Кузбасса (далее – АНК Кузбасса) были направлены предложения о внесении изменений в Алгоритм действий по организации мероприятий раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ среди обучающихся, которые были одобрены и утверждены в 2022 году: в марте 2022 года перечень психоактивных веществ (далее – ПАВ) предусмотренных для определения при проведении химико-токсикологических исследований дополнен необходимостью определения этилглюкуронида (протокол АНК Кузбасса от 24.03.2022 № 1), а в сентябре 2022 года в перечень определяемых ПАВ добавлен котинин (протокол АНК Кузбасса от 22.09.2022

№ 3).

Таким образом, с 2023 года при проведении ПМО обучающихся в обязательном порядке проводятся химико-токсикологические исследования на следующие группы наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов: опиаты, растительные и синтетические каннабиноиды, фенилалкиламины (амфетамин, метамфетамин), синтетические катиноны, кокаин, метадон, бензодиазепины, барбитураты, фенциклидин, этилглюкуронид и котинин.

Внесение указанных изменений позволило расширить спектр определяемых наркотических средств и психотропных веществ и, тем самым, повысить эффективность профилактических антинаркотических мероприятий в части раннего выявления незаконного потребления психоактивных веществ среди обучающихся.

Важным звеном в работе по профилактике наркологических расстройств являются «телефоны доверия», которые работают в структуре наркологических диспансеров городов Кемерово, Новокузнецка и Прокопьевска на условиях анонимности и конфиденциальности.

С 01 июня 2013 года к «телефону доверия» наркологического диспансера г.Кемерово дополнительно была подключена Федеральная детская линия с общероссийским номером 8-800-2000-122, а в 2018 году – подписано соглашение об информационном взаимодействии с Центром приема и обработки вызовов экстренных оперативных служб по единому номеру «112» для расширения возможностей межведомственного взаимодействия и увеличения доступности психологической помощи.

При обращении несовершеннолетнего, попавшего в трудную жизненную ситуацию или подвергшегося семейному насилию на «телефон доверия», консультант, если удастся убедить ребенка в необходимости «обнародовать ситуацию», собирает, по возможности, полную информацию о нем и его семье, оформляет официальное обращение и передает полученные сведения для

проверки в Министерство социальной защиты населения Кузбасса и в ГУ МВД России по Кемеровской области - Кузбассу.

Во исполнение требований Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (далее – Федеральный закон № 120-ФЗ) специалистами региональной наркологической службы осуществляется работа в составе территориальных муниципальных комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав (далее – комиссия, КДНиЗП), при этом, в 2024 году повышена эффективность данного направления работы путем участия в заседаниях комиссий не только врачей психиатров-наркологов, но и других специалистов (медицинских психологов и фельдшеров-наркологов).

Врачи психиатры-наркологи и другие специалисты на заседаниях комиссий совместно со специалистами центров помощи семье и детям, инспекторами отделов полиции по делам несовершеннолетних, секретарями комиссий проводят беседы с родителями об организации досуговых занятий несовершеннолетних, о недопущении жестокого обращения с детьми, об ответственности за воспитание несовершеннолетних, о способах выхода из конфликтной ситуации и необходимости тщательного контроля поведения и поступков несовершеннолетних.

В соответствии с требованиями Федерального закона № 120-ФЗ комиссии в пределах своей компетенции обеспечивают осуществление мер по защите и восстановлению прав и законных интересов несовершеннолетних, защите их от всех форм дискриминации, выявлению и устранению причин и условий, способствующих безнадзорности, беспризорности, правонарушениям и антиобщественным действиям детей и подростков.

В целях повышения эффективности межведомственного взаимодействия в ходе реализации мероприятий работы с несовершеннолетними и семьями, находящимися в социально опасном положении, профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, выявления и устранения причин и

условий, способствующих их безнадзорности, беспризорности, правонарушениям и антиобщественным действиям, разработан проект алгоритма взаимодействия специалистов региональной наркологической службы с муниципальными комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав.

Медицинская помощь несовершеннолетним с наркологическими расстройствами оказывается в амбулаторных, полустационарных (в условиях дневного стационара) и стационарных условиях.

На сегодняшний день в Кузбассе в амбулаторную сеть детско-подростковой наркологической службы входит 21 кабинет врача-психиатра-нарколога для обслуживания детского населения. Работа дневных наркологических стационаров для несовершеннолетнего контингента с наркологическими расстройствами организована в ГБУЗ «Новокузнецкий наркологический диспансер» (10 пациенто-мест) и ГБУЗ «Прокопьевский наркологический диспансер» (5 пациенто-мест).

Стационарное лечение несовершеннолетних с наркологическими расстройствами в Кузбассе проводится в наркологических отделениях при ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» (5 коек); ГБУЗ «Новокузнецкий наркологический диспансер» (5 коек), ГБУЗ «Прокопьевский наркологический диспансер» (две койки), ГБУЗ «Беловский психоневрологический диспансер» (две койки), ГБУЗ «Таштагольская районная больница» (одна койка). При необходимости возможно дополнительное развертывание и перепрофилирование коечного фонда для оказания стационарной помощи несовершеннолетним.

На лечение в наркологические стационарные отделения принимаются все дети и подростки с наркологическими расстройствами, нуждающиеся в стационарном лечении и госпитализируются в стационар по мере их обращения за медицинской помощью.

Лечение проводят врачи-психиатры-наркологи. Консультативную

помощь в наркологических отделениях оказывают психологи, психотерапевты, неврологи, терапевты и другие специалисты.

Реабилитационную помощь детям и подросткам в Кемеровской области оказывают в отделении медицинской реабилитации для несовершеннолетних ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» (на 25 пациенто-мест) на базе Государственного учреждения профессионального образования (ГУПО) г.Кемерово.

Модель реабилитации – медико-социальная реабилитация с профессиональной направленностью. Цель программы реабилитации: возвращение несовершеннолетнего к жизни в обществе на основе отказа от психоактивных веществ, восстановление его нормативного личностного и социального статуса. Программа реабилитации рассчитана на 6-9 месяцев. Включает в себя длительное наблюдение врачом психиатром-наркологом, психокоррекционные занятия с психологом, восстановление внутрисемейных отношений, а также профессиональную подготовку с приобретением профессиональных навыков.

Пациенты отделения имеют возможность получить на базе ГУПО профессиональную подготовку по следующим специальностям: плотник, столяр строительный, штукатур, облицовщик-плиточник, маляр строительный, слесарь-сантехник, обувщик по ремонту обуви, швея, вышивальщица. После окончания обучения несовершеннолетние получают свидетельство с присвоением квалификационного разряда.

Профессиональное обучение, которое получают пациенты отделения, с одной стороны, обеспечивает занятость подростков на этапе прохождения курса реабилитации, с другой, – дает возможность получить профессию и квалификационный разряд без отрыва от реабилитационного процесса и в дальнейшем возможность трудоустройства по данной специальности.

Также реабилитационная помощь детям и подросткам с наркологическими расстройствами в Кемеровской области - Кузбассе

оказывается в амбулаторном реабилитационном отделении наркологического диспансера г.Новокузнецка и в кабинетах врачей психиатров-наркологов для обслуживания детского населения наркологических подразделений Кемеровской области.

Таким образом, учитывая специфику аддиктивных расстройств у несовершеннолетних, в решении данной проблемы участвуют заинтересованные специалисты различных сфер, таких как: образования, здравоохранения, социальных служб, правоохранительных органов и пр. В рамках оказания наркологической помощи несовершеннолетним, помимо медицинской помощи, оказывается воспитательная, психологическая, образовательная, социальная, правовая и трудовая.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ С ЦЕННОСТНЫМИ ОРИЕНТАЦИЯМИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СРЕДНЕЙ ВЗРОСЛОСТИ

Лукашук Ю. В.

ФГБОУ ВО «Херсонский государственный педагогический университет»

Россия, г. Херсон

Аннотация. В статье рассматриваются особенности психологического благополучия, ценностных ориентаций в среднем возрасте. Представлены результаты эмпирического исследования взаимосвязи психологического благополучия и ценностных ориентаций у мужчин и женщин средней взрослости. Характер взаимосвязи психологического благополучия и его компонентов с ценностными ориентациями людей среднего возраста рассматривается с учетом фактора пола.

Ключевые слова: ценностные ориентации, инструментальные ценности, терминальные ценности, психологическое благополучие, средняя взрослость.

RESEARCH OF THE RELATIONSHIP OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING WITH VALUE ORIENTATIONS OF MEN AND WOMEN IN MIDDLE ADULTITY

Lukashuk J. V.

Kherson State Pedagogical University, Russia, Kherson

Abstract. The article examines the features of psychological well-being and value orientations in middle age. The results of an empirical study of the relationship between psychological well-being and value orientations in middle-aged men and women are presented. The nature of the relationship between psychological well-being and its components and the value orientations of middle-aged people is considered taking into account the factor of gender.

Keywords: value orientations, instrumental values, terminal values, psychological well-being, middle adulthood.

Введение. Психологическое благополучие является одним из важнейших аспектов жизни человека. Оно оказывает существенное влияние на всю его жизнедеятельность. Наибольшую актуальность проблема психологического благополучия приобретает на этапе средней зрелости. Это связано с тем, что данный возрастной период является переломным этапом в жизни каждого человека. Он наполнен как личностными достижениями, так и серьезными переживаниями и проблемами, приводящими к переоценке ценностей, переосмыслению своего жизненного пути. Происходящие изменения могут оказывать как положительное, так и отрицательное воздействие на психологическое благополучие. В связи с этим, проблема динамики ценностных ориентаций личности является принципиально важной для решения вопросов, связанных с психологическим благополучием на данном возрастном этапе.

Наиболее значимой теоретической разработкой вопроса благополучия личности является теория психологического благополучия К. Рифф. Согласно

данной теории, достижение психологического благополучия возможно через определенные механизмы и факторы, которые влияют на позитивное функционирование личности [5].

В современной психологической науке четко прослеживаются два подхода к пониманию психологического благополучия. Представители первого подхода рассматривают психологическое благополучие во взаимосвязи с субъективным ощущением счастья, удовлетворенностью жизнью и целостностью личности (Н. Брэдберн, Э. Динер и др.) [0, 2].

Представители второго подхода определяют психологическое благополучие как ресурсное состояние личности, включающее необходимые компоненты для полноценного и успешного функционирования. Они фокусируются на ресурсах и факторах, которые способствуют саморазвитию, самоэффективности и построению гармоничных межличностных взаимоотношений [5].

Под ценностными ориентациями М. Рокич понимает устойчивые убеждения в том, что определенный способ поведения или конечная цель существования предпочтительнее с личной или социальной точек зрения, чем противоположный или обратный способ поведения, либо конечная цель существования [6].

Так, Д.А. Леонтьев отмечает, что для полноценной оценки психологического благополучия важно учитывать особенности формирования и ценностных ориентаций, которые играют важную роль в интеграции личности и достижении целей, удовлетворении потребностей в различных сферах жизни [4, 6].

Учитывая данные факты и принимая во внимание актуальность выбранной темы нами было проведено эмпирическое исследование.

Цель исследования – изучение взаимосвязи психологического благополучия с ценностными ориентациями мужчин и женщин средней взрослости.

Объект и методы исследования. Выборка состояла из 60 человек (лица средней взрослости). Из них 30 мужчин и 30 женщин. Возраст респондентов от 35 до 45 лет.

Для изучения уровня психологического благополучия и выраженности его компонентов у мужчин и женщин средней взрослости использовался опросник «Шкала психологического благополучия» К. Рифф в адаптации Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко).

Ценностные ориентации респондентов исследовались с помощью методики М. Рокича «Тест диагностики личностных ориентаций».

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

Результаты и их обсуждение. Результаты, полученные с помощью методики «Шкала психологического благополучия» показали, что большинство мужчин и женщин средней взрослости, принявших участие в исследовании (93% мужчин и 85% женщин), имеют средний уровень психологического благополучия. Высокий уровень благополучия отмечен у 7% мужчин и 10% женщин. В то время как низкий уровень благополучия в группе мужчин не выявлен, а у женщин он отмечен у 5% участников исследования.

Согласно данным, полученным с использованием методики М. Рокича доминирующими терминальными ценностями в группе мужчин, являются здоровье, свобода, активная деятельная жизнь, в то время как в группе женщин, наиболее значимыми ценностями являются здоровье, любовь и счастливая семейная жизнь. Лидирующей инструментальной ценностью в двух группах является честность, важными также являются: в группе мужчин – независимость, ответственность, жизнерадостность, твердая воля; в группе женщин – чуткость, воспитанность, широта взглядов.

Корреляционный анализ позволил выявить общие и специфические для мужчин и женщин средней взрослости взаимосвязи психологического благополучия и ценностных ориентаций.

На рисунке 1 представлены результаты корреляционного анализа психологического благополучия и терминальных ценностей у респондентов двух групп. Так, у мужчин и у женщин средней взрослости счастливая семейная жизнь, как конечная цель индивидуального существования имеет прямые корреляционные связи с компонентами психологического благополучия: позитивные отношения ($r=0,485$, $p<0,01$ в группе мужчин и $r=0,627$, $p<0,001$ в группе женщин) и человек как открытая система ($r=0,478$, $p<0,01$ в группе мужчин и $r=0,583$, $p<0,001$ в группе женщин). Это говорит о том, что чем большую ценность люди средней взрослости придают счастливой семейной жизни, тем более они способны выстраивать и поддерживать доверительные отношения с другими людьми, сопереживать им, тем более реалистичный и целостный взгляд на жизнь они имеют. Следует отметить, что корреляционные связи счастливой семейной жизни (как ценности) с вышеуказанными компонентами психологического благополучия более значимы в группе женщин, чем в группе мужчин, что позволяет предположить, что для женщин счастливая семейная жизнь играет более важную роль в формировании целостного взгляда на жизнь и установлении гармоничных отношений с другими людьми.

Развитие, как терминальная ценность, прямо взаимосвязано с целями в жизни в двух группах респондентов ($r=0,478$, $p<0,01$ в группе мужчин и $r=0,534$, $p<0,01$ в группе женщин). То есть, чем большую значимость мужчины и женщины средней взрослости придают развитию, как конечной цели своего существования, тем более конкретные и ясные жизненные цели они выстраивают, тем больший смысл они придают своему прошлому и настоящему.

Мужчины**Женщины**

Примечание:

— положительная корреляция ($p \leq 0,01$)

== положительная корреляция ($p \leq 0,001$)

зеленым цветом выделены общие для двух групп связи

Рис.1. - Корреляционные плеяды взаимосвязи компонентов психологического благополучия и терминальных ценностей у мужчин и женщин средней взрослости.

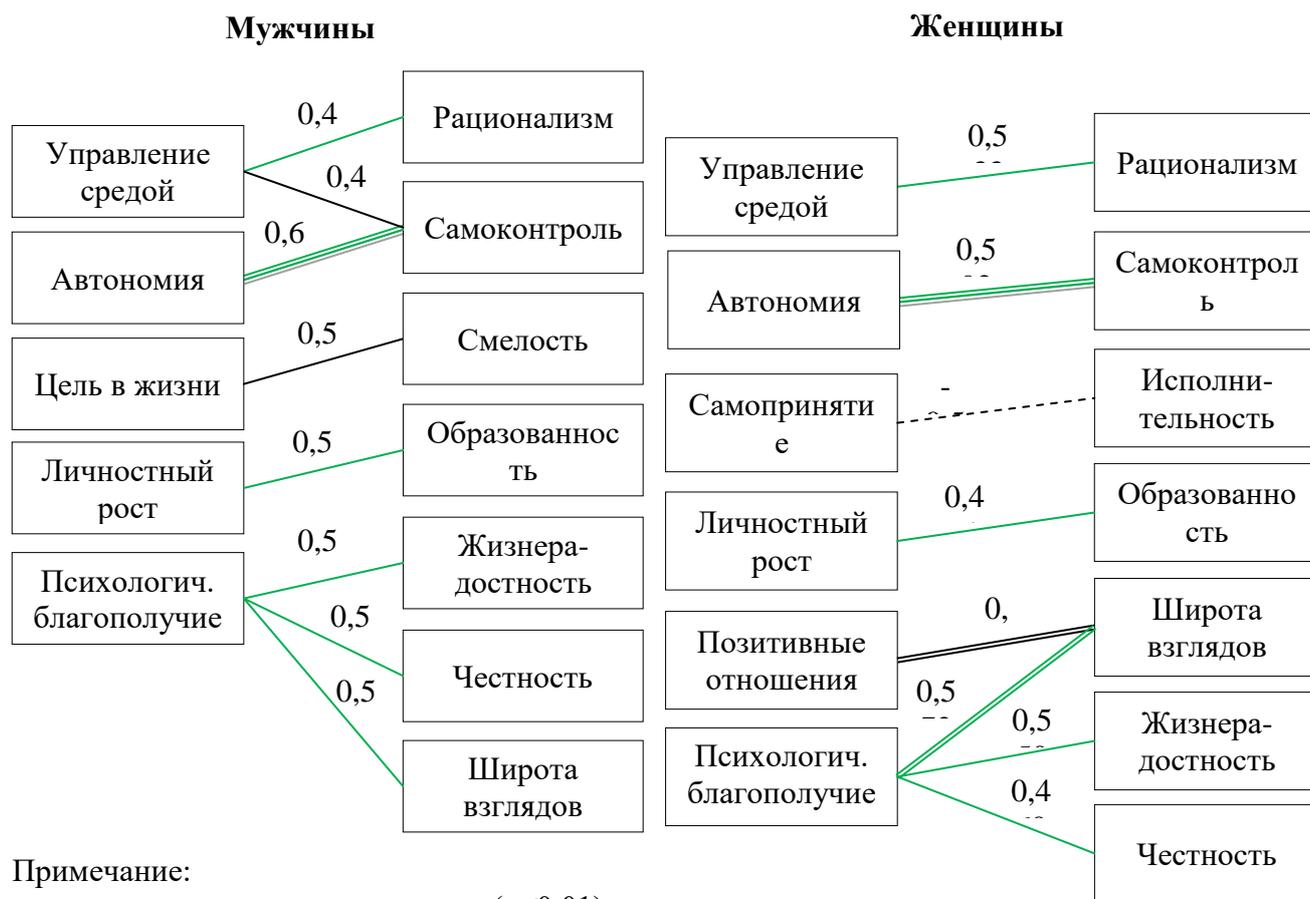
При этом, в группе мужчин предпосылками к повышению психологического благополучия выступают высокая значимость таких терминальных ценностей как жизненная мудрость ($r=0,547$, $p < 0,01$), уверенность в себе ($r=0,521$, $p < 0,01$), интересная работа ($r=0,482$, $p < 0,01$), в то время как в группе женщин предпосылкой к повышению психологического благополучия является высокая значимость для них счастливой семейной жизни ($r=0,451$, $p < 0,01$). Это говорит о том, что чем большую значимость мужчины придают зрелости суждений и здравому смыслу, внутренней гармонии и интересной работе, как смыслу своей жизни, тем более они удовлетворены своей жизнью, и чем более для женщины значима счастливая семейная жизнь, тем выше уровень ее психологического благополучия.

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

Рассмотрим корреляционные связи психологического благополучия с инструментальными ценностями мужчин и женщин средней взрослости. Как видно из рисунка 2, существуют прямые и обратные корреляционные связи психологического благополучия и инструментальных ценностей у мужчин и женщин средней взрослости. При этом, большая часть выявленных взаимосвязей являются общими для двух групп респондентов.

Как в группе мужчин, так и в группе женщин средней взрослости рационализм, как средство для достижения целей, прямо взаимосвязан с компонентом психологического благополучия – управление средой ($r=0,466$, $p<0,01$ в группе мужчин и $r=0,533$, $p<0,01$ в группе женщин). Другими словами, чем большее значение лица средней взрослости придают обдумыванию решений, перед их принятием, чем больше у них развито логическое мышление, тем большей властью в управлении окружением они обладают, тем более эффективно они используют имеющиеся у них возможности.

Самоконтроль, как инструментальная ценность прямо взаимосвязан с автономией в двух группах респондентов ($r=0,630$, $p<0,001$ в группе мужчин и $r=0,592$, $p<0,001$ в группе женщин). Это говорит о том, что чем большую значимость люди средней взрослости придают самоконтролю (проявляющемуся в сдержанности и самодисциплине), тем более самостоятельными и независимыми они себя ощущают, тем им проще противостоять давлению общества.



Примечание:

- положительная корреляция ($p \leq 0,01$)
- - - отрицательная корреляция ($p \leq 0,01$)
- == положительная корреляция ($p \leq 0,001$)

зеленым цветом выделены общие для двух групп связи

Рис.2. - Корреляционные плеяды взаимосвязи компонентов психологического благополучия и инструментальных ценностей у мужчин и женщин средней взрослости.

Как у мужчин, так и у женщин средней взрослости образованность, как средство достижения цели, положительно взаимосвязана с личностным ростом ($r=0,5150$, $p < 0,01$ в группе мужчин и $r=0,461$, $p < 0,01$ в группе женщин). Так, чем большую значимость люди средней взрослости придают образованности, и, соответственно, чем более у них выражено стремление к расширению своих знаний и культурного уровня, тем более растущими и самореализованными они себя чувствуют.

Психологическое благополучие мужчин и женщин средней взрослости имеет прямые корреляционные связи с инструментальными ценностями:

жизнерадостность ($r=0,501$, $p<0,01$ в группе мужчин и $r=0,550$, $p<0,01$ в группе женщин), честность ($r=0,547$, $p<0,01$ в группе мужчин и $r=0,460$, $p<0,01$ в группе женщин), широта взглядов ($r=0,531$, $p<0,01$ в группе мужчин и $r=0,572$, $p<0,001$ в группе женщин). Это означает, что чем большую значимость люди средней взрослости придают оптимизму, искренности и пониманию чужой точки зрения, тем выше уровень их психологического благополучия.

При этом, специфической для группы мужчин является связь самоконтроля, как инструментальной ценности и компонента психологического благополучия – управление средой ($r=0,464$, $p<0,01$), а также связь смелости с целями в жизни ($r=0,503$, $p<0,01$). То есть, что чем большую значимость мужчины придают самоконтролю (проявляющемуся в сдержанности и самодисциплине), тем большей властью в управлении окружением они обладают, тем более эффективно они используют имеющиеся у них возможности. И чем больше мужчина ценит смелость при отстаивании своей позиции, тем более ясные и конкретные жизненные цели он способен выстраивать.

Специфическими для группы женщин является отрицательная корреляционная связь исполнительности и самопринятия ($r=-0,542$, $p<0,01$), и положительная корреляционная связь широты взглядов, как инструментальной ценности с компонентом психологического благополучия: позитивные отношения ($r=0,568$, $p<0,001$). Это говорит о том, что чем большее значение женщина придает исполнительности (дисциплинированности), как средству достижения целей, тем менее позитивно она к себе относится, тем больше у нее выражено беспокойство по поводу ее личностных качеств.

Заключение. Проведенное исследование позволяет констатировать наличие взаимосвязей психологического благополучия и его компонентов с терминальными и инструментальными ценностями у мужчин и женщин средней взрослости. При этом, характер этих связей имеет определенные различия в зависимости от пола.

Полученные результаты могут быть использованы в профессиональной деятельности специалистов, оказывающих психологическую помощь клиентам в формировании компонентов психологического благополучия, а также могут найти применение при проведении практикумов по гендерной, возрастной психологии.

Литература/ References:

1. Bradburn, N. The measurement of psychological well-being. *Bealth Goals and Health Indicators: Policy, Planning, and Evaluation.*, 2019. P. 84-94.
2. Diener E. Abbreviated Three-Item Versions of the Satisfaction with Life Scale and the Harmony in Life Scale Yield as Strong Psychometric Properties as the Original Scales // *Journal of Personality Assessment*. 2021. Vol. 103(2). P. 183-194.
3. Rokeach M. *The nature of human values*. N.Y.: Free Press, 1973. 438 p.
4. Леонтьев, Д.А. Счастье и субъективное благополучие: к конструированию понятийного поля // *Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены*. 2020. № 1. С. 4–37.
5. Рифф, К. *Психологическое благополучие*. Санкт-Петербург : Питер, 2014. 269 с.
6. *Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения. Монография.* Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022. 295 с.

АНАЛИЗ СЛОЖИВШЕЙСЯ СИТУАЦИИ ПО ПРОДАЖАМ И ПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЬНОЙ ПРОДУКЦИИ НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Мингазов И. Ф., Кормилина О. М.

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

Аннотация. В статье рассмотрена ситуация, связанная с оценкой состояния по продажам и потреблению алкогольной продукции на душу населения по Сибирскому Федеральному Округу (СФО).

Ключевые слова: алкоголь, спиртосодержащая продукция, летальность, смертность.

**ANALYSIS OF THE CURRENT SITUATION ON SALES AND
CONSUMPTION OF ALCOHOLIC BEVERAGES
PER CAPITA IN THE SIBERIAN FEDERAL DISTRICT**

Mingazov I. F., Kormilina O. M.

Novosibirsk Regional Clinical Narcological Dispensary, Novosibirsk

Abstract. The article considers the situation related to the assessment of the state of sales and consumption of alcoholic beverages per capita in the Siberian Federal District (SFD).

Keywords: Alcohol, alcohol-containing products, mortality, mortality.

О ситуации, сложившейся в регионах СФО за последние 5 лет по объемам продаж алкогольной продукции, свидетельствуют данные официальной статистики [1, 3, 4, 5].

В отношении продажи алкогольной продукции можно сделать вывод, что наблюдается постепенное увеличение объема продаж, как в Российской Федерации, так и в регионах СФО (табл.1-3).

Розничные продажи алкогольной продукции (в литрах этанола) особенно значимо возросли в Красноярском крае, Омской и Новосибирской области. Приведем также и данные по объемам продаж алкогольной продукции (без пива, напитков, изготавливаемых на основе пива, сидра, пуаре и медовухи) по регионам СФО в тыс. дал (1 дал. = 10 литров) (табл.2).

Розничные продажи алкогольной продукции (без пива, напитков, изготавливаемых на основе пива, сидра, пуаре и медовухи) особенно значимо возросли в Новосибирской области, Иркутской области и Красноярском крае.

Таблица 1.

Розничные продажи алкогольной продукции (в литрах этанола) (ЕМИСС) [1-3].

	2019	2020	2021	2022	Рост объемов к 2019
Российская Федерация	885428714,0	903112652,1	922460113,4	944511935,9	49545728,0
Республика Алтай	1087855,0	1065248,4	1187262,3	1308736,4	232625,7
Республика Тыва	653995,6	482588,8	920811,5	858595,7	316743,6
Республика Хакасия	2639643,5	3438805,8	3252878,2	3624215,7	652642,5
Алтайский край	13026049,4	12387233,4	12167224,9	12395615,5	862675,9
Красноярский край	15088333,0	15695456,0	17354661,7	18194202,9	3474911,4
Иркутская область	16549114,2	16392836,7	16876129,9	16468401,2	677478,3
Кемеровская область	17318593,6	16826107,0	16470462,1	16709055,2	-32681,9
Новосибирская область	16267201,6	16613543,3	16751585,7	16929069,1	1234835,6
Омская область	8000491,0	8411307,0	9339949,6	9487979,0	1658098,7
Томская область	6432826,9	6672708,3	6836136,8	6937933,4	378607,3

Таблица 2.

Сведения об объемах розничных продаж алкогольной продукции (без пива, напитков, изготовляемых на основе пива, сидра, пуаре и медовухи) – всего тыс. дал [3].

	2021	2022	2023	Рост объемов к 2021
Российская Федерация	219400,1	226618,5	237008,3	17608,2
СФО	21193,5	21870,9	22824,3	1630,8
Республика Алтай	256,5	281,0	306,3	49,8
Республика Тыва	142,5	148,0	167,1	24,6
Республика Хакасия	552,5	607,4	648,5	96,0
Алтайский край	2262,8	2328,1	2451,6	188,8
Красноярский край	4127,7	4299,9	4361,3	233,6
Иркутская область	3423,8	3541,2	3693,4	269,6
Кемеровская область	3278,9	3343,0	3489,2	210,3
Новосибирская область	3619,7	3725,1	3962,7	343,0
Омская область	2043,8	2099,5	2199,8	156,0
Томская область	1485,3	1497,5	1544,5	59,2

В связи с большим уровнем и объемам продаж пива и пивных напитков приведем данные по динамике этой алкогольной продукции по регионам СФО (табл.3).

Розничные продажи алкогольной продукции по пиву и пивным напиткам

особенно значимо возросли в Красноярском крае, Республике Хакасия, Кемеровской области и снизились в Иркутской области.

Таблица 3.

Сведения об объемах розничных продаж алкогольной продукции (Пиво и пивные напитки – всего тыс. дал) [3].

	2021	2022	2023	Рост объемов к 2021
Российская Федерация	761519,0	753473,5	772906,4	11387,4
СФО	97546,1	95407,7	100397,7	2851,6
Республика Алтай	1008,0	1026,9	1273,6	265,6
Республика Тыва	1028,2	819,3	1147,2	119,0
Республика Хакасия	3922,3	4019,1	4627,8	705,5
Алтайский край	12995,5	12810,9	13062,6	67,1
Красноярский край	14170,5	14408,7	16019,3	1848,8
Иркутская область	16435,7	15063,0	15496,7	-939,0
Кемеровская область	15816,9	15764,4	16231,8	414,9
Новосибирская область	16515,1	16155,0	16750,7	235,6
Омская область	9158,8	8920,1	9173,3	14,5
Томская область	6495,2	6420,1	6614,5	119,3

Розничные продажи алкогольной продукции на душу населения выросли в 2023 году по сравнению с 2019 годом в Российской Федерации в 1,09 раза, а в регионах СФО выросли от 1,03 раза в Кемеровской области до 1,57 в Республике Тыва (табл.4).

Таблица 4.

Розничные продажи алкогольной продукции на душу населения (в литрах этанола) (ЕМИСС) [3].

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Отношение 2023/2019
Российская Федерация	6,0	6,0336	6,1785	6,3374	6,4505	6,5635	1,09
Республика Алтай	4,6	4,9407	4,8211	5,3587	6,2085	6,876	1,39
Республика Тыва	1,6	1,9976	1,4608	2,7685	2,5455	3,1408	1,57
Республика Хакасия	5,3	4,9407	6,4635	6,1568	6,8375	7,2692	1,47
Алтайский край	4,8	5,6216	5,3943	5,3643	5,8168	6,0493	1,08
Красноярский край	5	5,2641	5,4958	6,0911	6,3929	6,3686	1,21
Иркутская область	6,6	6,9209	6,9022	7,1596	7,0248	7,2083	1,04
Кемеровская область	6,3	6,516	6,3894	6,3244	6,5067	6,7138	1,03
Новосибирская область	5,7	5,8135	5,9636	6,0251	6,0584	6,2704	1,08
Омская область	4,1	4,1525	4,4185	4,9693	5,1794	5,3424	1,29
Томская область	6,2	5,9603	6,2342	6,3991	6,595	6,7343	1,13

По уровню розничных продаж алкогольной продукции на душу населения в Российской Федерации в 2023 г. максимальные объемы зафиксированы в: Республике Карелия (11,7 литров); Сахалинской области (11,4 литров) и Республике Коми (11,2 литров). В СФО в рейтинге по уровню продаж алкогольной продукции на душу населения регионы разместились от 31 места по Республике Хакасия до 79 места в Республике Тыва.

По данным расчетных материалов ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России потребление алкогольной продукции (в литрах этанола на душу населения) выше, чем объемы продаж в 1,4-1,8 раз (табл.5).

По данным ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» по уровню потребления алкогольной продукции на душу населения в Российской Федерации в 2019 г. максимальные объемы зафиксированы в: Еврейская автономная область (16,7 литров 1 место); Магаданская область (15,6 литров 2 место); Ненецкий автономный округ (15,1 литров, 3 место); Республика Коми (13,9 литров 4. место); Томская область (11,3 литров, 21 место); Кемеровская область (11 литров, 26 место); Республика Хакасия (10,3 литров, 37 место); Красноярский край (10,2 литров, 38 место); Иркутская область (10,2 литров, 39 место); Новосибирская область (10,1 литров, 40 место); Алтайский край (9,6 литров, 49 место); Омская область (9,6 литров, 50 место); Республика Алтай (6,9 литров, 74 место); Республика Тыва (6,5 литров, 77 место).

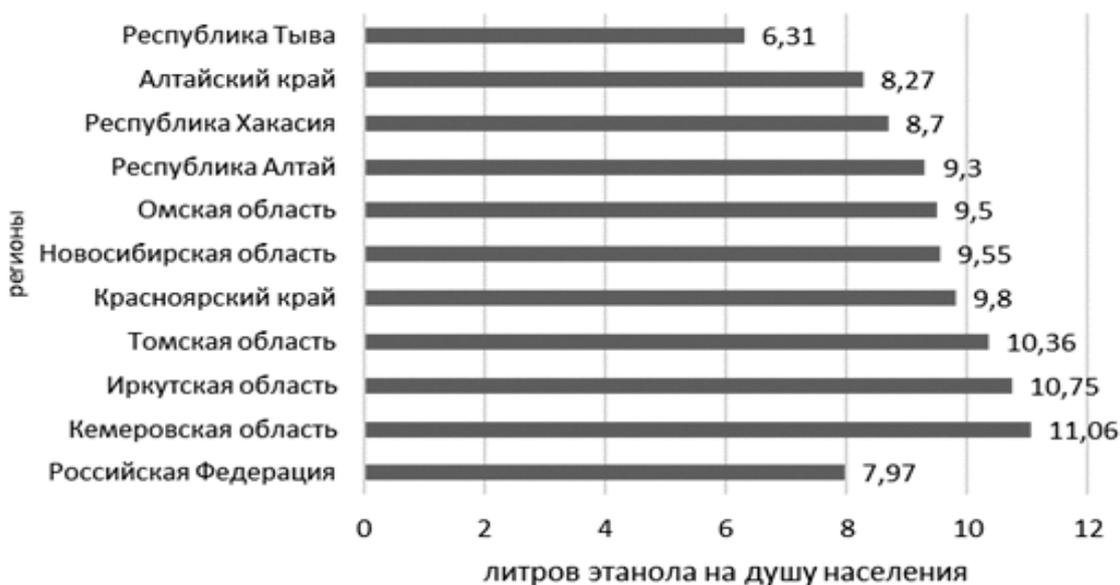
По уровню потребления алкогольной продукции на душу населения в Российской Федерации в 2023 г. максимальные объемы зафиксированы в: Еврейская автономная область (17,09 литров 1 место); Ненецкий автономный округ (16,1 литров, 2 место); Магаданская область (15,6 литров 2 место); Кировская область (14,3 литров, 3 место); Республика Коми (13,5 литров 4 место);... Республика Хакасия (11,2 литров, 16 место); Томская область (10,6 литров, 21 место); Иркутская область (10,19 литров, 26 место); Кемеровская

Таблица 5.

Потребление алкогольной продукции на душу населения
(в литрах этанола).

	2019	2020	2021	2023	2024 август
Российская Федерация	9,4	9,1	9,1	8,44	7,97
Республика Алтай	5,6	6,9	5,9	6,88	9,3
Республика Тыва	6	6,5	3,9	6,31	6,31
Республика Хакасия	10	10,3	11,6	11,22	8,7
Алтайский край	9	9,6	8	9,61	8,27
Красноярский край	10,3	10,2	9,4	9,44	9,8
Иркутская область	11,3	10,2	10,4	10,19	10,75
Кемеровская область	11,5	11	10,6	10,11	11,06
Новосибирская область	10,5	10,1	9,8	9,96	9,55
Омская область	10,5	9,6	8,4	9,5	9,5
Томская область	10,9	11,3	9,5	10,65	10,36

область (10,1 литров, 28 место); Новосибирская область (9,96 литров, 30 место); Алтайский край (9,61 литров, 38 место); Омская область (9,5 литров, 40 место); Красноярский край (9,44 литров, 41 место); Республика Алтай (6,88 литров, 72 место); Республика Тыва (6,31 литров, 73 место).

**Рис.1.** - Потребление алкогольной продукции на душу населения.

За 2024 год выросло потребление алкогольной продукции на душу населения в: Республике Алтай с 6,88 до 9,3 литров; Красноярском крае с 9,44

до 9,8 литров; Иркутской области с 10,19 до 10,75 литров; Кемеровской области с 10,11 до 11,06 литров.

По данным Федеральной службы по контролю за алкогольным и табачным рынками поступление акцизов на этиловый спирт, алкогольную и спиртосодержащую продукцию за 2023 год составило 472,5 млрд. рублей, что на 28,4 млрд. рублей или на 6,4% выше, по сравнению с 2022 годом (444,1 млрд рублей). В 2023 году установлено, что 11,5 % сайтов (в 2022 году – 17,9 %) содержали предложение о продаже этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции. В 2023 г. изъято 252 единицы основного технологического оборудования с 68 объектов нелегального производства (в 2022 году – 250 единиц с 75 объектов), из которых 176 единиц с 57 объектов демонтировано и вывезено для хранения и утилизации. Утилизировано по решениям судов 174, 4 тонны основного технологического оборудования (в 2022 году – 330, 9 тонн). По решению судов в 2023 году уничтожено 19,6 млн. литров нелегальной продукции (в 2022 году – 14,4 млн литров). Изъято 13 единиц транспортных средств, осуществлявших перевозку нелегальных этилового спирта и алкогольной продукции (в 2022 году – 26 единиц). В ходе проведения контрольных мероприятий в части легальности нахождения в обороте этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции в 2023 году: выявлено 104,18 тыс. дал продукции, производство и оборот которой осуществлялся незаконно (в 2022 году – 449,10 тыс. дал); арестовано 8,03 тыс. дал продукции (в 2022 году – 414, 78 тыс. дал), изъято 96,99 тыс. дал продукции (в 2022 году – 37, 83 тыс. дал). По решениям судебных органов, вступившим в законную силу, конфисковано 480,29 тыс. дал продукции (в 2022 году – 388, 93 тыс. дал), уничтожено 571,60 тыс. дал продукции (в 2022 году – 579, 85 тыс. дал) [4].

Заключение. В отношении продажи алкогольной продукции можно сделать вывод, что наблюдается постепенное увеличение объема продаж, как в Российской Федерации, так и в регионах СФО; розничные продажи

алкогольной продукции (в литрах этанола) особенно значимо возросли в Красноярском крае, Омской и Новосибирской области; розничные продажи алкогольной продукции (без пива, напитков, изготавливаемых на основе пива, сидра, пуаре и медовухи) особенно значимо возросли в Новосибирской области, Иркутской области и Красноярском крае; розничные продажи алкогольной продукции по пиву и пивным напиткам особенно значимо возросли в Красноярском крае, Республике Хакасия, Кемеровской области и снизились в Иркутской области; в рейтинге по уровню продаж алкогольной продукции на душу населения регионы СФО разместились от 31 места по Республике Хакасия до 79 места в Республике Тыва; в августе 2024 г. выросло потребление алкогольной продукции на душу населения в: Республике Алтай с 6,88 до 9,3 литров; Красноярском крае с 9,44 до 9,8 литров; Иркутской области с 10,19 до 10,75 литров; Кемеровской области с 10,11 до 11,06 литров; в Российской Федерации продолжаются мероприятия по изъятию нелегальной алкогольной продукции (уничтожено 571,60 тыс. дал продукции).

Литература/ References:

1. Розничные продажи алкогольной продукции (в литрах этанола) <https://www.fedstat.ru/>
2. Розничные продажи алкогольной продукции на душу населения (в литрах этанола) <https://www.fedstat.ru/indicator/59721>
3. Статистический Сборник. Федеральная служба по контролю за алкогольным и табачным рынками. Основные показатели, характеризующие рынок алкогольной продукции в 2021-2023 годах. Москва, 2024.
4. Итоговый доклад о результатах деятельности Федеральной службы по контролю за алкогольным и табачным рынками в 2023 году. Москва 2024 https://fsrar.gov.ru/statisticheskaja_informacija.
5. Кормилина О. М., Теркулов Р. И., Мингазов И. Ф. О состоянии и динамике острых отравлений спиртосодержащей продукцией населения Сибирского федерального округа. Актуальные вопросы психиатрии,

наркологии и клинической психологии: материалы IV Международной научно-практической конференции (Кемерово, 20 октября 2023 г.) / отв. ред. А. А. Лопатин, А. М. Селедцов, Г. В. Акименко, Ю. Ю. Кирина, Л. В. Гукина, А. С. Яковлев. – Кемерово: КемГМУ, 2023. С.181-193

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Москвина Я. В., Гордеев В. А., Ербягин К. Е., Иванец И. В.
*ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Актуальность проблемы. С начала 1990-х гг. в литературе наблюдается определенный интерес к новому варианту использования электросудорожной терапии (далее - ЭСТ) в сочетании с нейролептиками [2]. Предполагается, что при этом происходит взаимное потенцирование терапевтического эффекта, о чем косвенно свидетельствуют некоторые общие механизмы действия, выявляемые в нейрофизиологических исследованиях. В литературе имеются указания к сочетанному применению клозапина и ЭСТ, однако данные получены на малых группах больных, в отдельных клинических наблюдениях и носят противоречивый характер [4].

Цель исследования: клиническая оценка эффективности и безопасности сочетанного применения ЭСТ и психофармакотерапии, в сравнении с клиническими исследованиями в научной литературе.

Материалы. В исследование включены пациенты (за период 2018-2023г.), находящиеся на лечении в ГБУЗ ККПБ, принимающие атипичные нейролептики, давность заболевания от 5 до 15 лет, возрастные ограничения от 30-50 лет, с психофармакорезистентностью.

Критерии исключения: пациенты, страдающие психическим заболеванием менее 5 лет, первичные психотические эпизоды.

Контрольная группа: Контрольную группу составили пациенты, получавшие сочетанную терапию: ЭСТ и психофармакологическую терапию.

Минимальная сумма баллов по шкале PANSS (Шкала оценки позитивных и негативных синдромов) к началу исследования составляла не менее 60, что соответствовало наличию актуальной психотической симптоматики в рамках обострения или дебюта психоза.

Методы: Катамнестический, клинический метод, сравнительный анализ.

Для объективизации клинических данных применены следующие шкалы: PANSS; Шкала общего клинического впечатления – CGI-S; Шкала глобальной оценки динамики психического состояния CGI-I. Обследование больных с использованием психометрических шкал проводилось еженедельно в дни, свободные от сеансов ЭСТ. Первое обследование осуществлено до начала курса ЭСТ, второе – на 7-й, третье – на 14-й и четвертое (заключительное) – на 21-й день наблюдения.

Результаты и обсуждения. Исследуемая группа составила 41 случай. Стоит учесть то, что в период пандемии Covid-19 с декабря 2020 года по июнь 2022 года ЭСТ не проводилось. Соотношение количества исследуемых пациентов в сравнении с контрольной группой 1:3.

По полу соотношение больных распределилось следующим образом: 24 мужчины, что составляет 59% и 17 женщин, что составляет 41%. Что в процентном соотношении незначительно отличается от контрольной группы.

У 7% исследуемых (3 человека) имеется инвалидность первой группы, у 51% (21 человек) 2 группа инвалидности, у 22% (9 человек) исследуемых 3 группа инвалидности и 8 пациентов не имеют группы инвалидности.

ЭСТ проведена по современной модифицированной методике, решение о назначении принимала клинико-экспертная комиссия.

Для премедикации использовано 0,5–0,1 % атропина сульфата с 1,0–1,0 % - ным раствором димедрола внутримышечно или внутривенно.

Анестезиологическое пособие проведено раствором пропофола в дозе

150–200 мг внутривенно струйно на фоне миорелаксации раствором суксаметония бромид в дозе 160–190 мг. Для проведения ЭСТ использован аппарат ЭСТЕР. В среднем частота импульсов составляла 27–77 Гц; длительность импульсов – 1,0–1,5 мс при амплитуде 550 мА. При подборе минимальной судорожной дозы использован принцип независимой настройки каждого параметра стимуляции. Состоявшимся считался припадок с длительностью моторных проявлений не менее 20 секунд.

Более интересным, считаем, соотношение по психическому статусу при направлении на ЭСТ. 30% больных с депрессивно-параноидной симптоматикой, практически треть 37% – с галлюцинаторно-параноидной, по 1 человеку с кататоническим возбуждением фебрильной шизофренией, по 5 со стойкой галлюцинаторной симптоматикой и кататано-параноидным статусом. В 49 % случаев контрольной группы это пациенты с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, 35% случаев с депрессивно-параноидной симптоматикой, 14% с галлюцинаторной и 16% кататано-параноидной симптоматикой. Таким образом, в исследуемой группе имелись пациенты с urgentными показаниями для ЭСТ, по другим психическим статусам имеются незначительные отличия от контрольной группы.

Направление на ЭСТ в нашей больнице соответствует тем требованиям и показаниям, которые рекомендуются для ЭСТ.

Средняя длительность пребывания в стационаре больных, которым проводилась ЭСТ составила 122 дня. С длительностью 1-2 месяца - 17% случаев, 3-4 месяца – 44% случаев, от 5-6 месяцев – 10% случаев, и более 6 месяцев – 29% случаев, что в процентном соотношении незначительно отличается от контрольной группы.

Средняя длительность курса ЭСТ составила 27 дней, в контрольной группе 30. В среднем проведено 8 сеансов ЭСТ, что меньше, чем в контрольной группе - 14.

Рекомендованное количество сеансов ЭСТ для преодоления

психофармакорезистентности 25 сеансов. (Нельсон А.И.).

Улучшение состояния в исследуемой группе после 5 сеансов отмечалось у 80% пациентов, у 20% после 6-10 сеансов. В контрольной группе 73% и 27% соответственно.

В 37% случаев стабилизация состояния произошла после 7 сеансов, у 63% до 10 сеансов. В контрольной группе 42% и 58% соответственно, что в процентном соотношении лишь незначительно отличается от контрольной группы из литературных источников.

Говоря о побочных эффектах, необходимо отметить, что большинство из них были связаны с терапией антипсихотиками. 35 пациентов, что соответствует, 85% исследуемых предъявляли жалобы на преходящие нарушения памяти, длительность подобной симптоматики не превышала нескольких дней и, как правило, не требовала специальной коррекции. Но для быстрой коррекции когнитивных расстройств применялась ноотропная терапия в лечебных дозировках. Клинически отчетливых когнитивных нарушений также не выявлялось. Следует оговориться, что специальных исследований когнитивных функций нами не проводилось.

Психические побочные эффекты, в основном, проявлялись в виде сонливости, напряжения, увеличения сна и астении. Данные состояния наблюдались у 2 пациентов.

Вегетативные побочные эффекты в виде сухости во рту, ортостатическая гипотензия, тошнота, головная боль проявлялись у 3 пациентов.

Сочетанные психические и вегетативные побочные эффекты наблюдались лишь у 1 пациента с отягощенной соматической патологией. Что в процентном соотношении соответствует с контрольной группой из литературных источников. У большей части исследованных пациентов побочные эффекты не выходили за пределы легкой степени тяжести и купировались без медикаментозного лечения.

Выписка из стационара после проведения курса ЭСТ в 56% случаев

проходила в течение 1 месяца после окончания ЭСТ, 27% через 2 месяца, остальным 17% проводилось лечение более 4 месяцев. В контрольной группе в 46% случаев выписка проходила в течение 1 месяца после окончания ЭСТ, 21% через 2 месяца, остальным 13% проводилось лечение более 4 месяцев, что в процентном соотношении лишь незначительно отличается от контрольной группы из литературных источников.

Заключение. Применение психофармакологических средств в сочетании с ЭСТ, приводит к более выраженной редукции психопатологической симптоматики (продуктивной, негативной, общей психопатологической) в 93% случаев (38 исследуемых), в 7% случаев выявлено отсутствие эффективности проведенных мероприятий, что не имеет существенных отличий с литературными данными (3% случаев отсутствие эффекта), возможно, это связано с применением высокотехнологических аппаратов ЭСТ (Thymatronsystem IV).

Комплексная оценка результатов противорезистентной терапии, основанная на использовании клинических данных позволяет рекомендовать ЭСТ в качестве эффективного и безопасного метода терапии резистентной шизофрении.

Применение сочетанной электросудорожной и психофармакологической терапии у пациентов с резистентной шизофренией имеет преимущества над терапией исключительно психотропными лекарственными средствами различных фармакологических групп (стратегии аугментации) в виду более высокой эффективности, в связи, с чем может быть рекомендована в качестве стратегии выбора при неэффективности последних.

Использование сочетанной электросудорожной и психофармакологической терапии у пациентов с резистентной шизофренией имеет преимущества в безопасности над использованием исключительно психофармакологических средств и может быть рекомендовано как в случаях плохой переносимости лекарственных препаратов, или их комбинаций в

средних - и максимальных терапевтических дозировках, так и в случае необходимости редукции уже имеющихся нежелательных реакций, возникших вследствие фармакотерапии.

По наблюдениям А.И. Нельсона и других исследователей (сравнение групп резистентных больных шизофренией), введение ЭСТ в комплекс терапии позволяет сократить срок стационарного лечения в среднем на 30%.

Экономическая выгодность амбулаторной поддерживающей ЭСТ в сравнении с поддерживающей психофармакотерапией подтверждена и в Канаде [K. Rabheru, E. Persad, 1997]. Не случайно в Квебеке, одной из провинций этой страны, с 1988 по 2001г. число курсов ЭСТ, проведенных амбулаторно, возросло с 18 до 28% от всех курсов ЭСТ [R. Banken, 2002]. Экономические преимущества амбулаторной ЭСТ делают этот вид лечения довольно распространенным и в других странах: из всех курсов ЭСТ амбулаторно проводилась в Ирландии в 9% случаев (1982), в Великобритании в 16% (1980), в США за 1987-1992 гг. доля амбулаторных курсов возросла с 7% до 16% .

Литература/ References:

1. Данилов Д.С. Терапевтическая резистентность при шизофрении и биологические методы ее преодоления // Журнал неврологии и психиатрии 2008. № 10. С. 81–6.
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М., 1988.
3. Kane JM. Management issues in schizophrenia– Martin Dunitz Ltd: London, 2000.
4. Малин Д.И. Сравнительная эффективность плазмафереза и электросудорожной терапии в лечении резистентных к психофармакотерапии состояний у больных эндогенными психозами // Социальная и клиническая психиатрия. 1993. № 3(1). С. 97–101.
5. Малин Д.И. Эффективность применения плазмафереза в преодолении резистентности к психофармакотерапии больных эндогенными психозами / Материалы XII съезда психиатров России. М.,1995. С. 530–31.

6. Недува А.А. Соотношение лекарственных и нефармакогенных методов лечения на разных этапах формирования терапевтической резистентности у больных шизофренией / Материалы XII съезда психиатров России. М., 1995.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Петкун Д. А, Корнетова Е. Г.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Россия, г. Томск

Актуальность: фундаментальные достижения в изучении шизофрении прежде всего направлены на выработку качественных подходов к помощи больным. Одним из основных признаков эффективности проводимых мероприятий является адаптация пациентов.

При исследовании адаптационных механизмов в периоды ремиссий у больных шизофренией с приступообразным течением Е.Д. Красиком и Г.В. Логвинович (1991) описаны уровни клинической и социальной стабилизации, которые в зависимости от степени компенсации определяли типы адаптационных возможностей пациентов.

В последующем, развивая данное направление в изучении шизофрении, Г.В. Логвинович и др. (1992) показали связь степени выраженности и характера негативных расстройств с качеством и уровнем трудовой, семейной, микросоциальной адаптации.

На основании полученных клинико-динамических данных выделены 4 типа индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты: «гуттаперчевой капсулы», «экологической ниши», «социальной оппозиции», «укрытия под опекой».

Тип «гуттаперчевой капсулы» позволяет больному самостоятельно сохранять относительно высокое качество и уровень социальной адаптации;

тип «экологической ниши», которую больной приобретает при активном внешнем содействии, характеризуется сохранением социально полезной активности на сниженном уровне; тип «социальной оппозиции» характеризуется постоянно присутствующим конфликтом с окружением и обществом, что препятствует восстановлению социально полезной активности больного. Особенно неблагоприятным типом выступает тип «укрытия под опекой», при котором не только социально полезная активность, но и жизнь больного после выписки из стационара затруднены без активного внешнего воздействия.

Нежелательные эффекты лекарственной терапии шизофрении, в том числе метаболические, нередко приводят к ухудшению субъективных показателей адаптационных возможностей и качества жизни (Staring A.V. et al., 2009), метаболические нарушения в общей популяции вносят значительный вклад в ухудшение субъективного восприятия качества жизни (Saboya P.P. et al., 2016). Однако у пациентов с шизофренией метаболический синдром (далее-МС), являясь в значительной степени побочным эффектом антипсихотической терапии, в аспекте влияния на качество жизни вступает в сложное взаимодействие и может частично нивелироваться положительным эффектом редукции психопатологической симптоматики (Незнанов Н.Г., 2002).

Материалы и методы: в данной работе проведен анализ приспособительных возможностей у больных шизофренией с наличием МС в сравнении с пациентами без него с учетом ведущей психопатологической симптоматики и получаемой антипсихотической терапии.

Адаптационные возможности по методике Г.В. Логвинович (1992) были изучены у 344 (мужчины – 198 (57,6%) и женщины – 146 (42,4%)) пациентов с шизофренией в возрасте 40 [32; 50] лет, находившихся на стационарном лечении в психиатрических больницах Сибири. Из них с МС оказалось 96 человек (27,9%), без МС – 248 (72,1%).

Статистический анализ выполнен с использованием программного

обеспечения Statistica for Windows (V. 12.0). Для сопоставления наблюдений применялся критерий χ^2 Пирсона, в том числе с поправкой Йетса. Уровень достоверности соответствовал $p < 0,05$.

Возраст манифестации основного заболевания у пациентов составил 24 [19,5; 30] года, а длительность заболевания 15 [8; 22] лет. Незначительно преобладали лица с ведущей негативной симптоматикой (194; 56,4%), что находит свое объективное отражение в шкале оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), где балл по позитивным симптомам составил 22 [19; 26]; негативным симптомам – 26 [23; 28,5]; общепсихопатологическим симптомам – 54 [45; 59]; общий показатель – 102 [90; 111]. Все пациенты получали базисную антипсихотическую терапию в одобренных Министерством Здравоохранения РФ дозах. Длительность приема базисной терапии – 9 [3; 17] лет, в перерасчете на хлорпромазиновый эквивалент больные шизофренией получали дозу антипсихотиков равную 429,95 [267,4; 775] мг/сутки. Рецепторный профиль получаемых антипсихотиков характеризовался следующим соотношением: 197 больных (57,3%) принимали конвенциональный антипсихотик, а 147 человека (42,7%) – атипичный антипсихотик.

Результаты: все пациенты демонстрировали снижение адаптационного резерва, а именно не состояли в браке – 243 (70,6%), имели среднее специальное или среднее образование (134 (39,0%) и 69 (20,1%) соответственно) и инвалидность по психическому здоровью – 244 (70,9%). Среди пациентов преобладали неблагоприятные типы адаптации – «Укрытие под опекой» – 203 (59,0%) и «Социальная оппозиция» – 46 (13,4%). Относительно благоприятными выступили: «Гуттаперчевая капсула» – 23 (6,7%) и «Экологическая ниша» – 72 (20,9%). Для лиц с шизофренией, получающих лечение атипичным нейролептиком, также не были установлены различия в отношении типов адаптации среди пациентов с МС и без него ($p=0,543$).

В связи с малочисленностью группы пациентов с типом адаптации

«Социальная оппозиция», она не была включена при выполнении оценки рецепторного профиля антипсихотика и типов адаптации у больных шизофренией с МС, так были выявлены различия при проведении группового сопоставления ($p=0,046$). При дальнейшем попарном сравнении было установлено, что выявляется статистическая тенденция к формированию неблагоприятного типа адаптации «Укрытие под опекой» для лиц, получающих антипсихотическое лечение типичным препаратом ($p=0,05$). Это демонстрирует необходимость проведения более расширенного исследования с увеличением количества наблюдений.

Выводы. Полученные результаты показывают, что современная психофармакотерапия, также как и конвенциональная, по-прежнему не обладает определяющим влиянием на механизмы компенсаторно-приспособительной защиты больных шизофренией. Изучение адаптационных возможностей у больных шизофренией является актуальным и необходимым, прежде всего исходя из потребности как можно более полного восстановления трудовых, семейных, социальных навыков. С учетом долговременности антипсихотического лечения больных шизофренией немаловажной составляющей сохранения адаптации является профилактика развития нежелательных явлений нейролептической терапии, в частности метаболического синдрома.

SARS-CoV-2 - ИНДУЦИРОВАННОЕ НЕЙРОВОСПАЛЕНИЕ

Петрова А. Е.¹, Пробст А.С.¹, Речкин В.Н.¹, Семёнов В.А.¹, Янко Е. В.²

¹*Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики*

²*Кафедра клинической психологии*

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В работе обсуждаются результаты обследования когнитивной сферы у лиц перенесших COVID 19. Исследование проводилось в

сравнении с людьми, не перенесшими данное заболевание. Изучались разные аспекты когнитивной сферы – зрительная память, произвольное внимание, комплексное экспресс исследование на нарушение ряда когнитивных функций. Проведен дискриптивный сравнительный анализ который показал значительно более высокую частоту снижения различных когнитивных функций у лиц перенесших COVID 19.

Ключевые слова: COVID 19, вирус SARS-CoV-2, иммунная дисрегуляция, нейровоспаление, постковидная деменция, когнитивные нарушения.

SARS-CoV-2 - INDUCED NEUROINFLAMMATORY

Petrova A.E.¹, Probst A.S.¹, Rechkin V.N.¹, Semenov V.A.¹, Yanko E.V.²

¹*Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics*

²*Department of Clinical Psychology*

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The paper discusses the results of a survey of the cognitive sphere in individuals who have had COVID 19. The study was conducted in comparison with people who have not had this disease. Various aspects of the cognitive sphere were studied - visual memory, voluntary attention, a comprehensive express study for impairment of a number of cognitive functions. A descriptive comparative analysis was conducted, which showed a significantly higher frequency of decline in various cognitive functions in individuals who have had COVID 19.

Keywords: COVID 19, SARS-CoV-2 virus, immune dysregulation, neuroinflammation, post-COVID dementia, cognitive impairment.

Актуальность. В настоящий момент существует немало исследований, которые свидетельствуют о нейротропном потенциале вируса SARS-CoV-2, в связи с этим новая коронавирусная инфекция нередко влечет за собой стойкие неврологические осложнения, к числу самых распространенных из них относятся когнитивные и астенические симптомы. В клинической практике

важно иметь представление о роли нейровоспаления в патогенезе COVID-19 для ранней диагностики нейропсихических расстройств, таких как депрессия и деменция. В данной статье приводятся данные о влиянии перенесенного заболевания на когнитивные функции пациентов, частоте их встречаемости и клинических особенностях.

Цель настоящего исследования: проанализировать влияние COVID-19 на когнитивные функции у лиц 18 – 23-летнего возраста.

Материалы и методы. Статистическую обработку данных производили с использованием стандартной программы Microsoft Excel. Учитывалось наличие или отсутствие ранее перенесенного заболевания, вызванного COVID-19. В исследовании, проведенном на основании квотной выборки, приняло участие 255 условно здоровых людей, в возрасте 18 – 23 лет, из них 96 мужчин (38%) и 159 женщины (62%). Обследуемые характеризуются отсутствием ранее установленных соматических, неврологических, психических заболеваний. При статистической обработке учитывалось наличие или отсутствие ранее перенесенного заболевания, вызванного COVID-19.

Для исследования когнитивных функций использовали следующие методы оценивания: краткая оценка психического статуса Mini-Mental State Examination (MMSE), по которому выделяются следующие группы:

- 1) группа с отсутствием когнитивных нарушений (29-30 баллов),
- 2) группа с легкими когнитивными нарушениями (28 баллов),
- 3) группа с умеренными когнитивными нарушениями (25-27 баллов),
- 4) группа с легкой деменцией (20-24 баллов),
- 5) группа с умеренной деменцией (10-19 баллов) [1].

Субтест теста Векслера, по которому обследуемому предлагается посмотреть на 4 геометрических рисунка в течение 10 секунд и затем повторить увиденное на бумаге. Оценка производится следующим образом.

В фигуре А - наличие двух перекрещенных линий с флажками, независимо от их направленности - 1 балл: правильно поставленные по

отношению друг к другу флажки - 1 балл; точность, равные линии, поставленные под правильным углом, - 1 балл. Максимум - 3 балла.

В фигуре Б - большой квадрат с двумя диаметрами - 1 балл; четыре малых квадрата в большом квадрате - 1 балл; два диаметра со всеми мелкими квадратами -1 балл; 16 точек в малых квадратах - 1 балл; точность в пропорциях - 1 балл. Максимум - 5 баллов. При наличии лишних линий результат оценивается 3 баллами.

В фигуре В1 - маленький прямоугольник в большом -1 балл; все вершины внутреннего прямоугольника соединены с вершинами наружного - 1 балл; маленький прямоугольник точно размещен в большом - 1 балл. Максимум - 3 балла.

В фигуре В2 - открытый прямоугольник с правильным узлом на каждом краю -1 балл; правильно воспроизведенные центр и правая или левая сторона - 1 балл; правильная фигура за исключением одного узла - 1 балл; правильно воспроизведенная фигура в приблизительно верных пропорциях — 3 балла. Максимум — 3 балла.

Общая максимальная оценка результатов 14 баллов [2].

Таблицы Шульте представляют собой набор цифр (от 1 до 25), расположенных в случайном порядке в клетках. Испытуемый должен показать и назвать в заданной последовательности (как правило, возрастающей от единицы до двадцати пяти) все цифры. Предлагается подряд пять неидентичных таблиц Шульте, в которых цифры расположены в различном порядке, регистрируется время, затраченное испытуемым на показывание и называние всего ряда цифр в каждой таблице в отдельности. [3]

Согласно полученным результатам теста были выделены группы обследованных лиц:

1 группа лица, которые перенесли COVID-19 4-6 месяцев назад в количестве 153 (60%) человек, среди которых 64 (41,2 %) мужчин и 89 (58,1 %) женщин. Среднее количество времени после перенесенного заболевания

составляет 4 месяца (от 2 до 28 недель).

2 группа не переносивших COVID-19 в количестве 102 (40%) человек, среди которых 32 (31,4 %) мужчин и 70 (68,6%) женщин.

Боль, покраснение, отек, повышение температуры и иногда потеря функции – это пять признаков классической воспалительной реакции. Но воспаление головного мозга далеко не всегда бывает классическим, когда нельзя его заметить. Стертое, подострое, малозаметное, но не менее опасное воспаление тканей головного мозга, обозначают термином «нейровоспаление».

Нейровоспаление - многоуровневый молекулярно-клеточный механизм, на первом этапе обеспечивающий компенсаторно-адаптивную реакцию головного мозга, а в последующем активирующий процессы нейродегенерации, связан с активацией провоспалительных цитокинов в ответ на контакт с патогенными факторами (вирусы, травма, аутоантитела, токсины, стресс и др.).

В ЦНС за иммунный ответ отвечают клетки эндогенного происхождения - микроглия, клетки эндотелия и экзогенные клетки - дендритные, Т- и В-лимфоциты, клетки системы мононуклеарных фагоцитов. Попадание вируса в ЦНС происходит вскоре после заражения с помощью аксонального транспорта, с последующим использованием нейрональных клеток для репликации, что в свою очередь может приводить к массовой гибели иммунных клеток [4].

Инфицированные микроглиальные клетки продуцируют низкомолекулярные пептиды, оказывающие токсическое действие на астроциты, дисфункцию перицитов, эндотелиальных клеток сосудов и гематоэнцефалического барьера. Данная иммунная дисрегуляция может вызывать хроническое воспаление микроглии, что провоцирует изменение сознания и возникновению когнитивных нарушений [5].

Существует множество наблюдений, описывающих, что когнитивные нарушения, возможно, являются самым частым неврологическим последствием новой коронавирусной инфекции.

По данным М. Taquet и соавт., относительный риск развития деменции в

первые 6 месяцев после коронавирусной инфекции в 1,7 раза выше, чем после обычной ОРВИ. Однако деменция является лишь одним из типов когнитивных расстройств, который включает субъективные, легкие и умеренные нарушения [6].

Британские нейропсихологи провели онлайн-тестирование более 84 тыс. пациентов старше 16 лет, у которых до коронавирусной инфекции не отмечалось когнитивных трудностей. Результаты когнитивных тестов достоверно отличались от возрастных нормативов, как по интегративным показателям, так и особенно в сферах памяти и внимания; при этом степень отклонения от нормы зависела от тяжести перенесенной коронавирусной инфекции [7].

При опросе 3762 респондентов из 56 стран наиболее частыми симптомами оказались нарушения внимания или концентрации (74,8%); затруднения мышления (64,9%) и исполнительной деятельности (планирования, организации, выяснения последовательности действий, абстрагирования) (57,6%); нарушения способности решения проблем или принятия решений (54,1%); замедление мышления (49,1%). Кроме того, 72,8% всех респондентов отмечали нарушения памяти, из них 64,8% - краткосрочной; 36,1% испытали потерю долговременной памяти; 12,0% забыли, как выполнять рутинные задачи; 7,3% не смогли формировать новые долговременные воспоминания. Вероятность появления нарушений памяти увеличивалась в первые несколько дней, при этом у 55,9% пациентов нарушения сохранялись и на 4-й месяц [8].

Результаты и обсуждение. По результатам опроса по Краткой шкале оценки психического статуса (MMSE) были сделаны следующие выводы:

Среди обследуемых когнитивные нарушения наблюдаются у 135 человек (53%), не наблюдалось такого расстройства у 120 человек (47%) (Диаграмма 1).

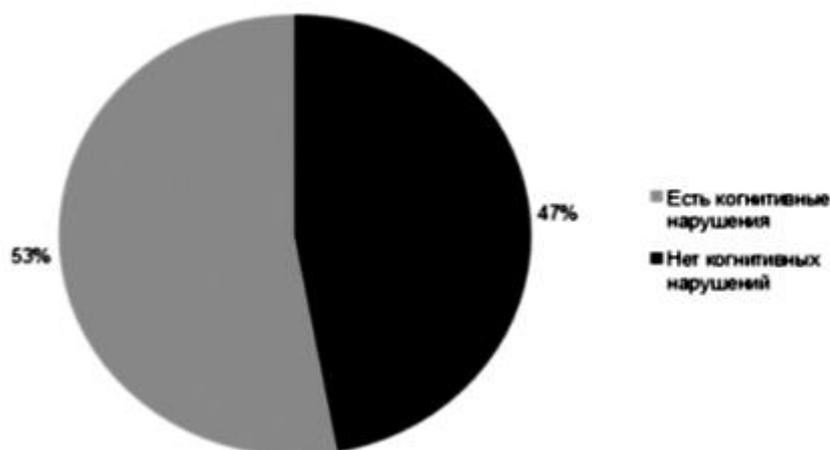


Рис.1.- Когнитивные нарушения.

Наличие у обследуемых когнитивных нарушений

По результатам исследования было выявлено, что среди лиц, перенесших Covid-19 и у которых выявлены когнитивные нарушения 77 человек (57%); из мужчин 40 (52%), из женщин - 37 (48 %), и среди тех, кто не переносил Covid-19 имеют когнитивные нарушения 58 человек (43 %), из мужчин - 20 (34 %), женщины 38 (66 %), таблица 1.

Таблица 1.

Когнитивные расстройства молодых лиц 18-23-летнего возраста по MMSE

	Лица, перенесшие Covid-19		Лица, не перенесшие Covid-19	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Умеренная деменция (11-19 баллов)	-	-	1 (0,4%)	2 (0,8%)
Легкая деменция (20-24 баллов)	3 (1,2%)	3 (1,2%)	1(0,4%)	6 (2,4%)
Умеренные когнитивные нарушения (25-27 баллов)	27 (10,6%)	24 (9,4%)	10 (3,9%)	16 (6,3%)
Легкие когнитивные (28 баллов)	10 (3,9%)	10 (3,9%)	8 (3,1%)	14 (5,5%)
Нет когнитивных нарушений	24 (9,4%)	52 (20,4%)	12 (4,7%)	32 (12,5%)

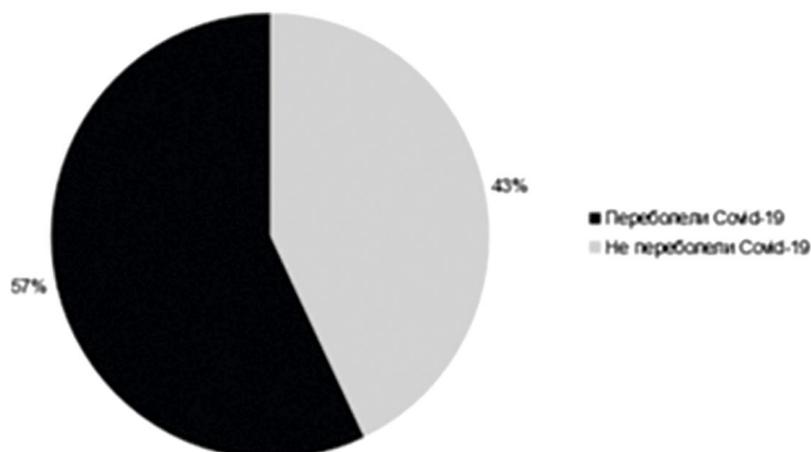


Рис.2.- Соотношение лиц с когнитивными нарушениями, перенесших COVID-19, и не переносивших данное заболевание.

При оценке данных по Векслеру получили следующие данные: из исследованных, у 59 человек (23%) имеются когнитивные нарушения, из них у 37 (62%) был диагностирован COVID-19 и у 22 (38%) его не было. Среди лиц, перенесших новую коровирусную инфекцию и у которых выявлены когнитивные нарушения мужчин 19 (51%) , женщин 18 (49%), и среди тех, кто не болел, когнитивные нарушения имеют 5 мужчин (22%) и 17 женщин (78%), смотри таблицу 2.

Таблица 2.

Когнитивные расстройства молодых лиц 18-23-летнего возраста по субтесту зрительной памяти Векслера

	Лица, перенесшие Covid-19		Лица, не перенесшие Covid-19	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Нет нарушений	45 (17,6 %)	71 (27,8 %)	27 (10,5%)	53 (20,7%)
Есть нарушения	19 (7,4 %)	18 (7,0%)	5 (1,9%)	17 (6,6%)

По таблицам Шульте есть нарушения у 60 человек (23%), из них у 37 (61%) был диагностирован COVID-19, из которых 19 (52%) мужчин и 18 (48%) женщин, и у 23 (39%) человек, кто не переносил данное заболевание имеют когнитивные нарушения из мужчин - 10 (43%), женщины 13 (57%) – таблица

№3.

Таблица 3.Когнитивные расстройства молодых лиц
18-23-летнего возраста по Шульте

	Лица, перенесшие Covid-19		Лица, не перенесшие Covid-19	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Нет нарушений	45 (17,6 %)	71 (27,8 %)	20 (7,8%)	59(23,1%)
Есть нарушения	19 (7,4 %)	18 (7,0%)	10(3,9%)	13 (5,0%)

При исследовании неврологического статуса у 191 участников (74,9%) была выявлена мелкоочаговая церебральная симптоматика, из них у 107 человек (56%) был диагностирован Covid-19, и у 84 (44%) его не было. Не было нарушений у 64 человек (25,1%), из них 46 (71,8 %) болели новой коронавирусной инфекцией и 18 (28,2%) не болели.

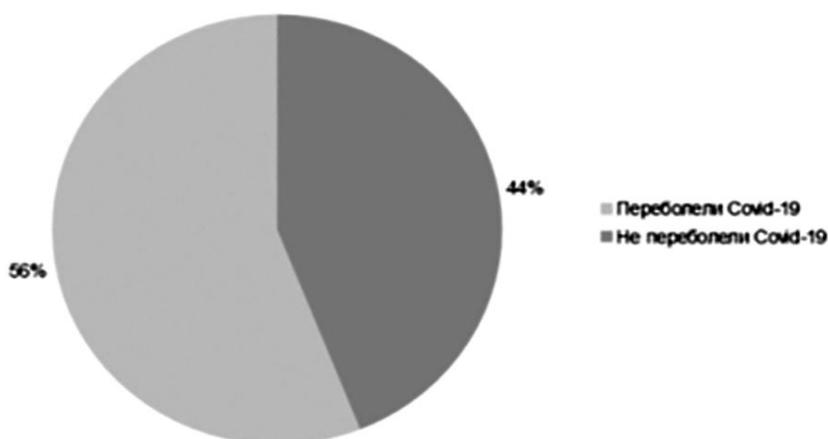


Рис. 3. - Соотношение лиц с мелкоочаговой церебральной симптоматикой, перенесших COVID-19, и не переносивших данное заболевание.

Наличие мелкоочаговой симптоматики представлено в таблице №4.

Среди опрошенных 30 человек указали, что они принимали различные биологически активные добавки и лекарственные средства на момент исследования.

Таблица 4.

Неврологический статус у молодых лиц 18-23 летнего возраста.

	Лица, перенесшие Covid-19		Лица, не перенесшие Covid-19	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Есть мелкоочаговая церебральная симптоматика	47 (18,4%)	60 (23,5%)	24 (9,4%)	60 (23,5%)
Нет мелкоочаговой церебральной симптоматики	17 (6,7%)	29 (11,4%)	8 (3,1%)	10 (3,9%)

Среди них:

1. 3 человека имеют легкие когнитивные нарушения (из них 1 человек переболел COVID-19)

2. 10 человек имеют умеренные когнитивные нарушения (из них 5 человек переболело COVID-19)

3. 17 человек не имеют когнитивных нарушений (из них 13 человек переболели COVID-19)

Выводы. В результате исследования при использовании трёх методов определения когнитивных нарушений подтвердилось, что распространенность когнитивных нарушений различной степени тяжести была выше у лиц молодого возраста, перенесших коронавирусную инфекцию, по сравнению с лицами, которые не болели.

Также же было замечено, что лица, которые переболели данным заболеванием и принимающие ряд биологически активных добавок и лекарственных средств имеют меньше когнитивных расстройств. Мы получили одинаковые процентные соотношения среди мужчин и женщин, переболевших COVID-19, у которых встречаются когнитивные нарушения. Таким образом, данный вирус вызывает ухудшение в различных когнитивных сферах и значительно снижает качество жизни.

В настоящее время существуют несколько вероятных механизмов патогенного влияния новой коронавирусной инфекции на центральную и

периферическую нервную систему. Однако уже имеющиеся данные позволяют считать, что вирус активирует процессы нейровоспаления и нейродегенерации с последующей манифестацией когнитивных нарушений.

Литература/ References:

1. Zhuang L, Yang Y, Gao J. Cognitive assessment tools for mild cognitive impairment screening. *J Neurol.* 2021 May;268(5):1615-1622. doi: 10.1007/s00415-019-09506-7. Epub 2019 Aug 14. PMID: 31414193.

2. Николаева Ю.С., Пак Н.И. Облачная технология исследований и диагностики когнитивных способностей человека // материалы XVII Междунар. конф. по науке и технологиям Россия–Корея–СНГ. 2017. С. 150–156.

3. Дружинин, В. Н. Психология общих способностей [Текст] / В. Н. Дружинин. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 1999. – 356 с. (дата обращения 19.09.2024).

4. Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, Krüger N, Herrler T, Erichsen S, Schiergens TS, Herrler G, Wu NH, Nitsche A, Müller MA, Drosten C, Pöhlmann S. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. *Cell.* 2020;181(2):271-280.e8. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.02.052>

5. Kanberg N, Ashton NJ, Andersson LM, Yilmaz A, Lindh M, Nilsson S, Price RW, Blennow K, Zetterberg H, Gisslén M. Neurochemical evidence of astrocytic and neuronal injury commonly found in COVID-19. *Neurology.* 2020;22;95(12):e1754-e1759. DOI: 10.1212/WNL.0000000000010111

6. Taquet M., Geddes J.R., Husain M. et al. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records // *Lancet Psychiatry.* 2021. Vol. 8. № 5. P.416–427

7. Hampshire A., Trender W., Chamberlain S.R. et al. Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19// *EClinicalMedicine.* 2021. Vol.39. P.101044.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЭПИДЕМИЕЙ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Помыткина Т. Е., Горлова В. А., Рогалис А. В.

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В данной статье рассмотрены основные психические расстройства в период эпидемии новой коронавирусной инфекции. Приведены причины возникновения данных заболеваний. Представлены статистические данные за период эпидемии новой коронавирусной инфекции по психическим расстройствам.

Ключевые слова: психические расстройства, эпидемия, новая коронавирусная инфекция, причины, статистика.

MENTAL DISORDERS CAUSED BY THE EPIDEMIC OF THE NEW CORONAVIRUS INFECTION

Pomytkina T. E., Gorlova V. A., Rogalis A. V.

Department of Outpatient Therapy

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. This article discusses the main mental disorders during the epidemic of the new coronavirus infection. The causes of these diseases are given. Statistical data for the period of the epidemic of the new coronavirus infection on mental disorders are presented.

Keywords: mental disorders, epidemic, new coronavirus infection, causes, statistics.

Введение. Эпидемия новой коронавирусной инфекции началась в России в 2020 году и продолжалась два года. Коронавирус мутировал, появлялись новые штаммы, приводящие к рецидивам эпидемии, колебаниям

заболеваемости и смертности. Несмотря на изобретения вакцины, усовершенствования стационаров и подготовку системы здравоохранения к новым волнам заболевания, данный вирус оставался одной из главных проблем современного мира, приводил к временной утрате трудоспособности и ухудшения общего соматического здоровья населения, в том числе и развития психических расстройств [5, С.1].

Цель исследования: изучение причин развития и клинической картины психических расстройств в период эпидемии короновирусной инфекции.

Объектом исследования являлось изучение влияния различных факторов короновирусной инфекции на развитие психических расстройств у человека. Основным методом исследования был библиографический: анализ теоретической литературы и опубликованных современных статей о влиянии COVID-19 на психическое здоровье человека. Были использованы источники: PubMed, Elibrary, Cyberleninka.

Результаты и обсуждение. Новая короновирусная инфекция вызвана короновирусом SAR-COV-2 и протекает как типичное респираторное заболевание. Основным синдромом является непосредственно респираторный, который включает в себя лихорадку, сухой кашель, головные и мышечные боли, повышенную слабость и утомляемость. Особенностью короновирусной инфекции у многих пациентов были: изменение вкуса и потеря обоняния. Несмотря на то, что первоначально врачи были уверены, что новая короновирусная инфекция поражает только дыхательную систему, в дальнейшем ученые доказали, что данный вирус поражает также периферическую и центральную нервную систему, так как короновирус является нейротропным вирусом и нервные клетки являются для него «мишенями» [3, С.2].

Развития психических расстройств, связанных с эпидемией новой короновирусной инфекции можно разделить на две большие группы. К первой группе относятся психические заболевания как последствия прямого

воздействия коронавируса на центральную нервную систему, то есть, можно сказать, психические расстройства являются осложнением новой коронавирусной инфекции. Во второй группе же наоборот, коронавирус не оказывает прямого действия на ЦНС, но имеет место стрессогенное влияние на людей [1, С.2].

Простыми словами люди во время эпидемии новой коронавирусной инфекции жили в непонимании данного заболевания, в страхе заболеть и умереть, потерять близких, также на них повлияли такие факторы как самоизоляция, финансовые проблемы. Все это привело к повышенному уровню напряженности, тревоги, развитию депрессивных состояний и других психических расстройств [6, С.1].

Во многих статьях отмечено, что уровень напряженности и стресса зависит от пола, возраста и уровня образования. Наиболее выраженная симптоматика наблюдалась у медицинских работников, имеющих непосредственно прямой контакт с коронавирусной инфекцией, женщин и молодежи. И также было отмечено, что наибольшему стрессу были подвержены люди со средним специальным (медицинским) образованием, чем люди с высшим образованием [7, С.1]. В то же время статистика показывает, что в период коронавирусной инфекции были одинаково подвержены психическим заболеваниям люди, состоявшие на учете у психиатра и люди, у которых данные расстройства возникли впервые [7, С.2].

С.Н. Мосолов указывает, что при коронавирусной инфекции к часто встречающимся психическим расстройствам относят стрессовые расстройства (от 6 до 31%), бессонницу (от 26 до 40%) депрессию (от 7 до 43%), тревогу (от 10 до 48 %), нарушения когнитивных функций (от 12 до 55%), астению (от 17 до 72%), которые формируют специфический астеноневротический синдром, данный синдром влечет за собой нарушения когнитивных функций и депрессию. [2, С.2]

Астеноневротический синдром является частью постковидного синдрома.

Так как наиболее часто встречаемым симптомом является астения, остановимся на ней. Астения имеет преимущественно органический, а не психоэмоциональный генез. Этиология астении обусловлена первичным нейротропным действием вируса на нервные клетки, а также вторично развивающейся гипоксией, дисфункцией эндотелия, микротромбозами и аутоиммунными реакциями.[4, С.2]

Клинические проявления астении после коронавирусной инфекции:

- Мышечная слабость и миалгия при незначительной физической нагрузке
- Снижение работоспособности и выносливости
- Расстройства сна (бессонница или повышенная сонливость)
- Снижение аппетита
- Лабильность настроения
- Головные боли после различного напряжения
- Симптомы, связанные с вегетативной нервной системой (гиперстезии)
- Нарушение концентрации внимания и снижение мотивации [4, С.3].

Заключение. Большинство последствий коронавирусной инфекции для психического здоровья населения являются предотвратимыми. В современном мире необходима разработка ранней диагностики психического здоровья населения в целом и групп риска. Также необходима разработка мер смягчения психоэмоционального состояния у людей, находящихся в группе риска.

Литература / References:

1. Бездетко, Г. И. Нервно-психические расстройства у населения в условиях пандемии (обзор литературы) / Г. И. Бездетко, Е. Ю. Шкатова // Modern Science. 2022. № 2-1. С. 269–272.
2. Мосолов С. Н. Длительные психические нарушения после перенесенной острой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 / С. Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств. 2021. №. 3. С. 2–23.

3. Осипова, Н. В. Пандемия как стрессовый фактор в возникновении и развитии психических расстройств / Н. В. Осипова, Ю. И. Клименко // Актуальные проблемы клинической психологии и практика их решения : Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 23–24 нояб. 2023 г. Москва : ООО «Кредо», 2023. С. 209–215.

4. Петрова, Л. В. Астения в структуре постковидного синдрома: патогенез, клиника, диагностика и медицинская реабилитация / Л. В. Петрова, Е. В. Костенко, М. А. Энеева // Доктор. Ру. 2021. Т. 20. № 9. С. 36–42.

5. Клинические особенности психических нарушений в период пандемии новой коронавирусной инфекции / Н. А. Тювина, В. О. Высокова, Е. Н. Ефремова О. В. Лавриненко // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022. Т. 14, № 4. С. 75–81.

6. Психические расстройства непсихотического уровня в период пандемии коронавирусной инфекции / И. И. Шереметьева, Ю. А. Трунова, А. В. Плотников, Е. О. Кулешова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2024. №1. – URL: <https://panor.ru/articles/psikhicheskie-rasstroystva-nepsikhoticheskogo-urovnyu-a-v-period-pandemii-koronavirusnoy-infektsii/100671.html#> (дата обращения 11.09.2024)

7. Ярочкина, М. В. Психологические и психические расстройства, связанные с пандемией covid-19 / М. В. Ярочкина // Научные высказывания. – 2023. № 9 (33). С. 57–63.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Помыткина Т. Е., Чуева Е. В., Свирина Е. В.

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В настоящее время актуальным становится вопрос о новых

способах лечения синдрома раздраженного кишечника. В связи со сложностью его этиопатогенеза и неэффективностью лекарственной монотерапии существует множество немедикаментозных методов лечения. В данной статье рассмотрены современные взгляды на концепцию развития данного заболевания и немедикаментозные методы лечения, основанные на применении различных видов диет, йоги и психотерапии.

Ключевые слова: СРК, биопсихосоциальная модель, тревожность, диета, психотерапия, йога.

NON-DRUG TREATMENTS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Pomytkina T. E., Chueva E. V., Svinina E. V.

Department of Outpatient Therapy

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Abstract. Currently, the issue of new ways of treating irritable bowel syndrome is becoming relevant. Due to the complexity of its etiopathogenesis and the ineffectiveness of drug monotherapy, there are many non-drug treatment methods. This article examines modern views on the concept of this disease and non-drug treatment methods based on the use of various types of diets, yoga and psychotherapy.

Keywords: IBS, biopsychosocial model, anxiety, diet, psychotherapy, yoga.

Цель исследования: рассмотреть доказательства современной концепции «ось головной мозг-кишечник» и оценить эффективность различных методик немедикаментозных методов лечения при синдроме раздражённого кишечника.

Материалы и методы: для выполнения работы был проведен анализ научных статей на площадках PubMed и Elibrary.

Результаты и их обсуждения. Синдром раздраженного кишечника (СРК) – хроническое функциональное заболевание кишечника, при котором боль в

животе связана с дефекацией, изменением частоты и характера стула. Этиология и патогенез синдрома раздраженного кишечника изучены недостаточно. Хотя эта проблема не имеет в своей основе морфологических изменений, а носит лишь функциональный характер, наличие симптомов СРК существенно снижает качество жизни человека. При этом основные причины данной патологии связаны в большей степени с нарушениями нервной системы и психологическими факторами.

Согласно современной концепции «оси головной мозг-кишечник», микробиота и иммунная система постоянно регулируют друг друга. С одной стороны, мозг, через вегетативную нервную систему и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, влияет на моторику кишечника и секрецию жидкости, проницаемость кишечного эпителия, иммунную функцию и состав кишечной микрофлоры. С другой стороны, некоторые из этих периферических изменений могут влиять на структуру и функционирование мозга как в процессе длительных изменений, так и в ответ на манифестацию психической патологии или воспалительные заболевания кишечника, создавая патологическую взаимосвязь между кишечником и головным мозгом.

Также головной мозг трансформирует сенсорную информацию и перерабатывает ее в когнитивную, что подтверждается наличием эпизодической диареи в стрессовых ситуациях у лиц, не страдающих синдромом раздраженного кишечника. Современная визуализация головного мозга с помощью метода Ф-МРТ позволила выявить различия в функциональных и структурных изменениях в специфических связях головного мозга, которые обеспечивают нейробиологический субстрат для наблюдаемых аффективных и когнитивных особенностей пациентов.

Данные связи включают в себя сети внимания, сенсомоторного и эмоционального возбуждения. По данным различных отечественных авторов также подтверждается современная теория о нарушении в работе «оси головной мозг-кишечник» и описывается, что данные процессы реализуются через

нарушение обмена нейромедиаторов и регуляторных пептидов. Пациенты с СРК имеют в 3,6 раза выше риск развития психических расстройств и расстройства сна, что акцентирует влиянием психической патологии [935].

Недооцененной и недостаточно исследованной остается биопсихосоциальная модель. Согласно этой модели, тревога в отношении ощущений со стороны желудочно-кишечного тракта играет важную роль в поддержании и, возможно, в развитии СРК. Традиционно для измерения уровня тревожных расстройств используются опросники Спилбергера и госпитальная шкала Гамильтона. Однако они преимущественно оценивают общую тревожность, не касающуюся ощущений со стороны внутренних органов. В конце 90-х годов XX века был предложен опросник, позволявший оценить тревогу в отношении таких телесных ощущений, как «сердцебиение», «одышка», «головокружение». Тревожная чувствительность относится к специфической склонности остро реагировать на висцеральные ощущения тревоги. Этот показатель оказался специфичным для больных с функциональными расстройствами в большей степени, чем другие тесты на тревогу. На основе этого опросника впоследствии J. Labus создал новый опросник (VSI – Индекс висцеральной сенситивности или индекс гастроинтестинальной–специфической тревоги) и валидизировал индекс висцеральной сенситивности исключительно для больных с синдромом раздраженного кишечника. В настоящее время гастроинтестинальная тревога состоит из когнитивных, аффективных и поведенческих реакций на имеющиеся симптомы синдрома раздраженного кишечника [7, С.65–70].

Также у больных с синдромом раздраженного кишечника показатели депрессии, актуальной и личностной тревоги, статистически значимо выше, чем у здоровых лиц [10, С.128–133]. Клиническая картина больных, страдающих синдромом раздраженного кишечника, включает не только характерные проявления желудочно – кишечного дискомфорта, но и ряд сопутствующих симптомов, которые чаще относят к расстройствам

неврозоподобного характера [1, С.34-39].

В специализированной амбулаторной клинике университетской больницы Швеции с 2017 по 2021 год проводилось одноцентровое слепое рандомизированное контролируемое исследование. Участниками являлись 1104 пациента с умеренным или тяжелым СРК, которые были случайным образом распределены на три группы в соотношении 1:1:1.

Первой группе была назначена диета с низким содержанием ферментируемых олигосахаридов, дисахаридов, моносахаридов и полиолов (FODMAP), а также традиционные диетические рекомендации при СРК, рекомендованные Национальным институтом здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании (диета LFTD).

Второй группе была предложена оптимизированная по клетчатке диета с низким содержанием общих углеводов и высоким содержанием белков и жиров (с низким содержанием углеводов).

Третья группа получала оптимизированное медицинское лечение на основе преобладающих симптомов СРК. Вмешательство длилось 4 недели, после чего участники диетических вмешательств были раскрыты относительно своих диет и им было рекомендовано продолжать их в течение 6 месяцев наблюдения. Два 4-недельных диетических вмешательства и оптимизированное медицинское лечение снизили тяжесть симптомов СРК, с большей величиной эффекта в группах диеты.

Диетические вмешательства можно рассматривать как первоначальное лечение для пациентов с СРК [8, С.507-520]. Проведенные клинические исследования показывают, что диета с низким содержанием FODMAP уменьшает симптомы СРК и улучшает качество жизни у пациентов с СРК по сравнению с привычной диетой. Американский колледж гастроэнтерологии и Британская диетическая ассоциация рекомендуют FODMAP диету в качестве терапии первой и второй линии соответственно при СР [3, С.1117-1126].

Также существуют исследование об эффективности йоги в лечении

симптомов синдрома раздраженного кишечника. Предлагаемые механизмы действия йоги нацелены непосредственно на «ось мозг-кишечник» путем снижения симпатической активности, повышения парасимпатической активности и модуляции функции «оси гипоталамус-гипофиз-надпочечники». В исследование входили 79 взрослых с диагнозом СРК.

Участники были распределены по двум группам. С первой группой проводились 8 еженедельных онлайн-занятий хатха-йоги. Вторая группа являлась контрольной, с участниками которой проводилась только консультация, включавшая 10-минутный видеоролик об общих сведениях о СРК, взаимосвязи между разумом и кишечником и роли психотерапии «разум-тело». Эти участники также получили список ресурсов, связанных с СРК, от Канадского фонда здоровья органов пищеварения, а также информацию о рекомендациях ВОЗ по физической активности. Значимой разницы между группами по снижению симптомов не обнаружилось, но были выявлены существенные различия в пользу улучшения качества жизни: уменьшения усталости и восприимчивости к стрессу [5, С.329-337].

Современные клинические рекомендации предполагают назначение таких психотропных препаратов как трициклические антидепрессанты и классическая шестерка селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), но лишь в случае рефрактерности СРК к проводимому гастроэнтерологическому лечению. Согласно данным нескольких мета-анализов проводимая терапия антидепрессантами оказывает положительное влияние на тяжесть соматических жалоб пациентов, а также улучшает качество жизни [9, С.30-35]. Эти исследования еще раз доказывают связь тяжести соматических проявлений СРК с психологическим состоянием пациента.

С распространением интернета были разработаны онлайн ресурсы по использованию подходов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) для контроля симптомов у людей с синдромом раздраженного кишечника. В данном мет-анализе были представлены 9 рандомизированных клинических

исследований (РКИ), в которых рассматривалось влияние онлайн техник когнитивно-поведенческой терапии на состояние пациентов с СРК в течение 5-10 недель. Результаты этих исследований показали, что подходы когнитивно-поведенческой терапии эффективны для облегчения проявлений данного заболевания и улучшения качества жизни [6, С.35260].

Виды психологической терапии эффективны при синдроме раздраженного кишечника, хотя ни один из них не превосходит другой. Вмешательства на основе когнитивно-поведенческой терапии и гипнотерапии, направленные на кишечник, имели самую большую доказательную базу и были наиболее эффективными в долгосрочной перспективе [2, С.1441-1451].

Анализ электронных статистических баз данных по 2020 год включил 40 РКИ с 4196 участниками и показал, что по сравнению с обычной фармакотерапией и плацебо, акупунктура и когнитивно-поведенческая терапия показали лучшую эффективность в облегчении симптомов СРК. На основании значений SUCRA акупунктура заняла первое место по улучшению общей клинической эффективности и предотвращению побочных эффектов. КПТ заняла первое место по снижению баллов по шкале тяжести симптомов СРК, шкале самооценки тревожности и шкале самооценки депрессии [4, С.6488-6509, 11, e 2248817].

Заключение. Хотя механизм точно не определен, синдром раздраженного кишечника можно объяснить с помощью биопсихосоциальной модели, в которой симптомы соматизации проявляются как психосоциальные факторы, влияющие на физиологические функции «оси мозг-кишечник». Лечение синдрома раздраженного кишечника должно включать не только медикаментозную терапию, но и психологический комфорт пациента, а также оценку и коррекцию факторов, стимулирующих опорожнение кишечника и его чувствительность. Качество жизни пациентов может быть улучшено за счет уменьшения симптоматики заболевания путем изменения образа жизни: соблюдение диеты FODMAP, занятий йогой и использования техник

когнитивно-поведенческой терапии.

Литература / References:

1. Барановский А. Ю., Вассерман Л. И., Федорова В. Л., Чугунов Д. Н. Синдром раздраженной кишки: клинико-психологические и психосоциальные соотношения // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019. Т. 172, № 12. С. 34–39.
2. Блэк К. Дж., Такур Э. Р., Хоутон Л. А., Куигли Э. М., Моайеди П., Форд А. С. Эффективность психологических методов лечения синдрома раздраженного кишечника: систематический обзор и сетевой мета-анализ / С. J. Black, E. R. Thakur, L. A. Houghton [et al.] // Gut. – 2020. – Vol. 69 (8). – P.1441–
3. Блэк К. Дж., Штаудахер Х. М., Форд А. С. Эффективность диеты с низким содержанием FODMAP при синдроме раздраженного кишечника: систематический обзор и сетевой метаанализ / С. J. Black, H. M. Staudacher, A. C. Ford // Gut. – 2022. – Vol. 71 (6). – P. 1117–1126.
4. Дай Ю. К., Ву Б. Б., Ли Р. Л., Чен В. Дж., Тан Ч. З., Лу Л. М., Ху Л. Эффективность и безопасность немедикаментозных вмешательств при синдроме раздраженного кишечника у взрослых / Y. K. Dai, Y. B. Wu, R. L. Li [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2020. – Vol. 26 (41). – P. 6488–6509.
5. Д'Сильва А., Маршалл Д. А., Вэлланс Дж. К., Нассер Ю., Раджагопалан В., Шостакивский Дж. Х., Раман М. Медитация и йога при синдроме раздраженного кишечника: рандомизированное клиническое исследование // Гастроэнтерол. 2023;118(2):С.329-337.
6. Ким Х., О Ю., Чанг С. Дж. Когнитивно-поведенческая терапия, проводимая через Интернет у пациентов с синдромом раздраженного кишечника: систематический обзор и мета-анализ / H. Kim, Y. Oh, S. J. Chang // J. Med. Internet Res. – 2022. – Vol. 24 (6): e35260.
7. Мнацакян М. Г., Погромов А. П., Тащян О. В., Колосова К. Ю. «Индекс висцеральной чувствительности» у больных СРК разного возраста/ М. Г. Мнацакян, А. П. Погромов, О. В. Тащян, К. Ю. Колосова //

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020. Т. 174, № 2. С. 65–70.

3. Нибака С., Тернблом Х., Йозефссон А., Хринссон Ю.П., Бон Л., Френдемарк О., Везневер С., Стерсруд С., Симрен М. Диета с низким содержанием FODMAP и традиционные рекомендации по питанию в сравнении с низкоуглеводной диетой и фармакологическим лечением синдрома раздраженного кишечника (CARIBS): одноцентровое, слепое, рандомизированное контролируемое исследование / S. Nybacka, H. Törnblom, A. Josefsson [et al.] // Lancet Gastroenterol Hepatol. – 2024. – Vol. 9 (6). – 507-520.

9. Островский Д.И., Иванова Т.И. «Кишечник - Мозг»: спорные вопросы связи психопатологического симптомокомплекса и синдрома раздраженного кишечника / Д. И. Островский, Т. И. Иванова // Уральский медицинский журн. 2019. № 14 (182). С. 30–35.

10. Ташян О.В., Погромов А.П., Мнацаканян М.Г., Морозова Ю.Н. Воспалительные заболевания кишечника в стадии ремиссии с срк-подобными симптомами // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018. Т. 157, № 9. С. 128–133.

11. Ци Ли, Янг Ю.В., Янь Си, Ту Ф.Ф., Ше Ю.Ф., Ли Ю., Чи Л.Л., Ву Б.К., Лю Ч.З. Акупунктура для лечения синдрома раздраженного кишечника с преобладанием диареи: пилотное рандомизированное клиническое исследование / L. Y. Qi, J. W. Yang, S. Y. Yan [et al.] // JAMA Netw Open. – 2022. – Vol. 5 (12): e2248817.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ КЕМЕРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Помыткина Т. Е., Прозорова А. Е.

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В данной статье рассмотрены основные причины появления тревожных расстройств у студентов 6 курса медицинского университета. Детально изучены уже имеющиеся нарушения со стороны нервной системы.

Ключевые слова: тревожные расстройства, депрессия, скрининг, факторы риска, личность.

ANXIETY DISORDERS IN KEMGMU STUDENTS

Pomytkina T. E., Prozorova A. E.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. This article discusses the main causes of anxiety disorders of 6th year medical university students. Already existing disorders of the nervous system have been studied in detail.

Keywords: anxiety disorders, depression, screening, risk factors, personality.

Поведение человека во многом обуславливает уровень тревожности личности, измерение которого очень важно. Можно выделить оптимальный и желательный уровни тревожности. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенной частью самоконтроля и самовоспитания [1, 2].

Цель данного исследования оценить уровень депрессии и факторы риска данного состояния у студентов шестого курса лечебного факультетов Кемеровского государственного медицинского университета.

Материалы и методы. В исследовании принимало участие 150 человек, из них: девушки в количестве 66,7% (100 чел.), юношей - 33,3% (50 чел.). Средний возраст респондентов $21 \pm 0,03$ года. Данная работа основана на результатах анкетирования студентов шестого курса лечебного факультета КемГМУ.

Исследование проходило в два этапа: 1. на первом этапе для оценки уровня тревоги была использована шкала-опросник «Шкала тревоги

Спилбергера-Ханина, STAI», которая состояла из 40 вопросов. Результатами теста выступили две шкалы: ситуативной и личностной тревожности; 2. на втором этапе учащимся было предложено ответить на двенадцать вопросов анкеты, касающихся изучению распространенности факторов риска депрессии [3].

Статистический анализ полученных данных выполнялся с использованием компьютерной программы Statistica 6.1.

Результаты исследования. На первом этапе мы определили уровень депрессии у всех респондентов. В результате опроса было выявлено следующее: тяжелый уровень депрессии имеют 10% из 100% (15 чел.) опрошенных, среди которых девушек 3,3% (5 чел.) и юношей 6,7% (10 чел.); средний уровень депрессии наблюдался у 20% из 100% опрошенных, из них девушек 10% (15 чел.), и юношей 10% (15 чел.); легкий уровень депрессии диагностирован у 50% из 100% опрошенных (75 чел.) респондентов, из которых юношей 66,7% (50 чел.) и девушек 33,3% (25 чел.) 6 курса. Только 30 респондентов 20% из 100% опрошенных не имеют признаки тревожности, из них юношей: 83,3% (25 чел.) и 16,7% (5 чел.) девушек 6 курса.

По возрасту и уровню депрессии результаты, следующие: среди всех опрошенных тяжёлый уровень депрессии выявлен в возрасте от 21 до 22 лет в количестве 10% (15 чел.); из них - девушки 8% (12 чел.) и юноши - 2% (3 чел.). Так, средний, лёгкий уровень депрессии выявлен у респондентов в возрасте 22 года 70% (105 чел.). Из них: девушки 48% (72 чел.) и юношей 22% (33 чел.). Отсутствие депрессии практически полностью выявлено в возрасте 23 года. 20% (30 чел.) – девушки 10% (15 чел.) и юноши 10% (15 чел.).

Вторым этапом исследования обучающиеся ответили на вопросы анкеты, в которой были отражены факторы, влияющие на развитие и уровень депрессии.

Студентам в анкете были предложены следующие вопросы: место проживания респондента (дом, своя квартира, съемное жильё, общежитие),

вредные привычки (не имею, курение сигарет, курение табака в другом виде, алкоголь), распорядок дня (нарушен, частично нарушен, правильный режим), средняя продолжительность сна (более 10 ч, 8-10 ч, менее 8 часов), физическая активность (часто, редко, иногда, никогда), депрессивные расстройства в анамнезе (есть, нет), психотравматические жизненные ситуации (часто, редко, иногда, никогда), питание (рациональное, вегетарианство, нерациональное), неврологические заболевания у ближайших родственников (да, нет), стресс, связанный с учебной деятельностью в ВУЗе (часто, редко, иногда, никогда), время основного приема пищи (с 12:00-14:00, с 14:00-16:00, после 17:00).

Проведение второго этапа анкетирования показало следующие результаты: большая часть респондентов с тяжёлым уровнем депрессии проживает в съёмной квартире - это 40% (60 чел.); из них девушек 16% (24 чел.) и юношей 24% (36 чел.). Со средним уровнем депрессии большее количество респондентов проживает на территории общежития 36% (54 чел.); из них девушек 26% (39 чел) и юношей 10% (15 чел). Среди лиц опрошенных с легким уровнем депрессии большинство проживают в собственном доме, квартире – 24% (36 чел.), из них девушек 20% (30 чел) и юношей 4% (6 чел).

Безусловно, положительным фактором явилось то, что 84% (126 чел.) опрошенных не имеют вредной привычки курение табака. Из них 40% (60 чел) девушек и 44% (66 чел) юношей.

Среди всех опрошенных было выявлено большое количество лиц, не имеющих интереса к занятию спортом – 64% (96 чел.). Из них 40% (60 чел) девушек и 24% (36 чел) юношей. Остальные 36% утверждают, что спорт присутствует в их жизни.

80% (120 чел) опрошенных отмечает у себя вредную привычку - «заедание» стресса или нерациональное питание. Из них 30% (45 чел.) девушек и 50% (75 чел) юношей.

Средняя продолжительность сна у большинства опрошенных составляет менее 8 часов: 78% (117 чел.), среди которых 20% (30 чел.) девушек и 58% (87

чел.) юношей. Из опрошенных всего 22% (33 чел.) спят от 8 до 10 часов, из них 20% (30 чел.) девушки и 2% (3 чел.) юношей. Более 10 часов не спит никто.

Принимать пищу в течение учебного дня удается 48% (72 чел.) всех опрошенных. Из них 45% (60 чел.) девушек и 3% (12 чел.) юношей. Время основного приёма пищи приходится у большинства студентов на период после 17:00 – 68% (102 чел.). Из них 50% (75 чел.) юношей и 18% (27 чел.) девушек. Из 100% опрошенных только 16% (24 чел.) обедают с 14:00 до 16:00. Из них 10% (15 чел.) девушек и 6% (8 чел.) юношей. Остальные 16% (24 чел.) обедают с 12:00 до 14:00. Из них 12% (18 чел.) девушки и 4% (6 чел.) юноши. Важным фактором риска развития депрессии являются сложные жизненные ситуации. Из 100% опрошенных студентов, 60% (90 чел.) подтвердили, что ни раз находились в таких ситуациях. Среди опрошенных, большую часть 50% (75 чел.) представляют девушки и лишь 10% (15 чел.) юноши.

Остальные 40% (60 чел.) никогда не были в сложной жизненной ситуации. Среди всех опрошенных 2% (3 чел.) девушки уже имеют неврологические заболевания. Некоторые имеют родственников, страдающих нервными заболеваниями - 10% (15 чел.), из них 8% (12 чел.) девушки и 2% (3 чел.) юноши.

Исходя из полученных результатов анкетирования, опроса респондентов, можно сделать вывод - студенты Кемеровского медицинского ВУЗа в течение обучения испытывают стрессовые нагрузки. Среди выявленных факторов риска депрессии основными можно назвать: нерегулярное питание, недостаточную физическую активность, нарушение режима сна и отдыха, а также трудные жизненные ситуации. Вышеуказанные факторы были обнаружены исключительно у лиц уже имеющих признаки депрессивного состояния, обнаруженного на первом этапе исследования.

Заключение. Среди студентов шестого курса в ходе исследования выявлены респонденты, имеющие тяжелый, средний и легкий уровни депрессии. Поэтому актуальным является разработка методов скрининга

факторов риска и первых проявлений депрессии у студентов КемГМУ. Анкетирование, как метод скрининга является практичным, доступным для применения как в помещении, так и онлайн. Данный способ удобен и прост в обработки полученных результатов. Он может быть включен в амбулаторно-поликлиническую практику и в систему ежегодного профилактического осмотра студентов, только так мы сможем профилактировать появление данных состояний.

Литература / References:

1. Захарченко Е.А., Тумакова Н.А., Сенцов А.Э. К вопросу о проблемах стрессовых и депрессивных состояний и их профилактике у студентов // Молодой ученый. 2015. № 11. С. 1726–1728.

2. Гладышева О.В. Влияние личностных особенностей студентов медицинского ВУЗа на формирование синдрома эмоционального выгорания // Международная научно-практическая конференция «Психология, педагогика, образование: актуальные исследования и разработки». Барнаул, 2017. С. 197–206.

3. Туровая А.Х., Каде А.Х., Величко М.А. и др. Проявления психоземotionalного стресса у студентов-медиков в зависимости от успеваемости в период сессии // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 5. С. 145–146.

ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ БОЛЕЗНИ ЧЕЛОВЕКА ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Рахимова Г. К.

Кафедра социально-гуманитарных наук.

Ташкентский университет гуманитарных языков. Турткуль филиал.

Республика Каракалпакстан, г. Турткуль

Аннотация. Для больного диагноз туберкулез является мощным психотравмирующим фактором. У больного впервые узнавшего, что у него

туберкулез возникают личностные реакции и нарушение эмоционального состояния.

Ключевые слова: туберкулез, психология, человек, эмоциональное состояние, болезнь, психическое состояние.

HUMAN PSYCHOLOGY IN THE CONTEXT OF HUMAN TUBERCULOSIS DISEASE

Raximova G. K.

Department of Social Sciences and Humanities.

Tashkent University of Humanitarian Languages.

Turtkul branch. Republic of Karakalpakstan, Turtkul

Abstract. For a patient, the diagnosis of tuberculosis is a powerful traumatic factor. A patient who learns for the first time that he has tuberculosis has personal reactions and a violation of the emotional state.

Keywords: tuberculosis, psychology, person, emotional state, illness, mental state.

По существующим данным Всемирной Организации здравоохранения, более 80% пациентов с впервые выявленным туберкулезным процессом имеют выраженные невротические расстройства [1]. Которые развиваются на фоне экзистенциальной депрессии, истощения внутренних резервов личности, нарушения межличностных отношений [2]. Определены защитные психологические реакции, затрудняющие медицинскую и психологическую реабилитацию пациентов [3, 4].

Соответственно, ученые мира обосновывают необходимость внедрения в лечебную практику психологического сопровождения противотуберкулезной терапии для стабилизации эмоционального состояния и увеличения психологических ресурсов пациента [5, 6]. В некоторых научных исследованиях предложены конкретные направления психологической помощи и проведена оценка ее эффективности [7, 8].

Относительно оказания психологической поддержки фтизиатрическим пациентам 43% врачей высказывают мнение, что в ней нуждаются практически все больные туберкулезом. При этом среди самих пациентов испытывают необходимость в получении психологической помощи в связи с заболеванием менее половины больных и отрицают личную потребность в ней 59,1% респондентов [9].

В мире туберкулез занимает 13-е место среди ведущих причин смерти и после является второй по значимости причиной смерти, обусловленной возбудителем инфекции опережая ВИЧ/СПИД [10]. В 2021 г., согласно оценкам, туберкулезом во всем мире заболели 10,6 млн. человек, включая 6 млн мужчин, 3,4 млн женщин и 1,2 млн. детей [11, 12].

Туберкулез распространен во всех странах и возрастных группах [13]. Вместе с тем туберкулез излечим и предотвратим [14]. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью по-прежнему представлял собой кризисную ситуацию и угрозу безопасности в области здравоохранения [15].

В данное время помощь смог получить лишь каждый третий больной лекарственно устойчивым туберкулезом [16]. Представляет практический интерес сравнительное изучение психологических особенностей пациентов указанных категорий, а также сопоставление приводимых данных о востребованности психологической помощи среди больных туберкулезом легких с частотой фактических случаев психологического сопровождения пациентов.

Цель исследования: сравнительное изучение психологических особенностей пациентов, обратившихся за психологической помощью в процессе противотуберкулезной терапии, и пациентов, не нуждавшихся в ней.

В исследовании приняли участие 78 впервые выявленных больных туберкулезом легких (средний возраст $31,3 \pm 10,6$ года), у которых при поступлении на стационарное лечение в Хорезмский областной противотуберкулезный диспансер были диагностированы нарушения

психологического статуса различной степени выраженности.

Все пациенты получали стандартную противотуберкулезную химиотерапию (ПХТ) согласно данным о лекарственной чувствительности возбудителя. На фоне стандартную противотуберкулезную химиотерапию 33/78 (42,3%) пациента обращались за психологической помощью, они составили основную группу. Оценка психологического статуса проводили при поступлении и по окончании стандартную противотуберкулезную химиотерапию в условиях стационара. Использовали клиническую шкалу самоотчета, которая широко используется в различных областях клинической практики для определения уровня актуального неблагополучия в психической сфере. Данная шкала относится к числу стандартизированных методик, обладает высокой диагностической чувствительностью и позволяет посредством построения индивидуальных профилей текущего состояния определить психопатологический статус обследуемого.

В отечественных исследованиях доказана валидность методики к признакам развития неблагоприятных психических состояний. Установленные фиксированные нормы для различных групп испытуемых позволяют диагностировать наличие симптомов обсессивно-компульсивных, депрессивных, тревожных, фобических, соматизированных, психотических расстройств, а также признаки негативных аффективных состояний и межличностной сензитивности.

Наличие нарушений психологического статуса диагностировали в случаях, когда обобщенный индекс тяжести дистресса, отражающий общую выраженность психологического неблагополучия, превышал установленные нормативные значения. Кроме оценки актуального психологического статуса, с помощью шкалы Symptom Check List изучали формы деструктивного и болезни лёгких.

В ходе сравнительного анализа индивидуально-типологических особенностей пациентов установлены некоторые достоверные отличия в

коммуникативных и эмоциональных характеристиках личности, интернальности осознанности и ответственности) в различных жизненных сферах, стиле межличностного взаимодействия.

Так, оценки у низкого полюса фактора F, свидетельствующие о склонности к озабоченности, беспокойству о будущем, а также об эмоциональной сдержанности в социальных контактах регистрировали у 50% пациентов и у 28,1% пациентов, обращавшихся за психологической помощью ($p < 0,05$). Вместе с тем у пациентов выявлялась склонность относиться к окружающим с предубеждением, критичностью и недоверием высокий полюс фактора L «Подозрительность» – 43,8% случаев 20,0% случаев; $p < 0,05$.

В социальном поведении у пациентов обнаруживалось более выраженное стремление к доминированию и автономности (независимо доминирующий стиль взаимодействия).

Показательна более высокая интернальность в области неудач, выявленная среди пациентов, свидетельствует о том, что пациенты указанной группы обладают более развитым, по сравнению с пациентами, субъективным контролем по отношению к отрицательным событиям, происходящим в их жизни, а также ощущают личную ответственность за их возникновение и разрешение.

В семейной жизни пациенты туберкулезом также в большей мере осознают связь между собственными поступками и возникающими последствиями и, следовательно, воспринимают себя более способными управлять различными семейными ситуациями. В результате сравнительного анализа данных первичного и динамического исследования психологического статуса установлено, что к окончанию стационарного лечения редукция симптомов дистресса наблюдалась у 50% пациентов с психологическим сопровождением терапии. Как видно положительная динамика психологического статуса у пациентов ТВ+ отмечалась по большинству показателей. При этом нормализация состояния по шкалам «Агрессивность и

враждебность», «Параноидное мышление» происходила у 66,7% пациентов; «Тревожность» и «Психотизм» – у 61,1% пациентов; «Межличностная сензитивность», «Депрессия», «Фобические расстройства» – у 50% пациентов.

Среди пациентов ТВ с сохраняющимся дистрессом в 33,3% случаях диагностировали снижение интенсивности психологического неблагополучия. У пациентов без психологического сопровождения к окончанию стационарного этапа лечения не выявляли значимых изменений психологического статуса относительно данных при поступлении.

Необходимо отдельно отметить, что зарегистрированное в данном исследовании количество реальных обращений за психологической помощью в связи с заболеванием 42,1% случаев превышало приводимые другими авторами данные о числе пациентов, выражавших мнение о необходимости для себя психологической помощи, но не имеющих возможностей ее получения.

Литературы / References:

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

2. Аскарлова Р. И. Пути совершенствования оказания медицинской наркологической помощи больным с туберкулезом легких // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: материалы IV Международной научно-практической конференции (Кемерово, 20 октября 2023 г.). Кемерово, КемГМУ, 2023. 534 с.

3. Аскарлова Р. И. Взаимоотношения человека с природой на современном этапе // Современный мир, природа и человек. Кемерово, 2023. С. 70-79.

4. Аскарлова Р.И. Применение арт-терапии у пожилых пациентов, больных туберкулезом практика исцеления творчеством: Современная арт-терапия в образовании, медицине и социальной сфере. Кемерово: КемГМУ, 2023.

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

С. 3619-3629.

6. Рахимов А. К., Рахимова Г.К., Аскарлова Р.И. Арт-терапия и исследование стилей литературных авторов с применением в творчестве и в живописи темы туберкулеза / Научный аспект. № 4. Т.38. Самара: Изд-во ООО «Аспект», 2024. С. 4944-4950.

7. Рахимов А. К. Стратегические направления в борьбе с туберкулезом и меры профилактики в хорезмской области //Актуальные вопросы гигиенической науки: исторические. Нижний Новгород, 2023. С. 419.

8. Рахимов А. К., Аскарлова Р. И. Психосоциальная помощь туберкулезным больным с психическими расстройствами // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: материалы IV Международной научно-практической конференции (Кемерово, 20 октября 2023 г.). Кемерово, КемГМУ, 2023. 534 с.

9. Рахимов А. К., Аскарлова Р. И. Патриотическое воспитание молодежи вузе в современных условиях // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: материалы IV Международной научно-практической конференции (Кемерово, 20 октября 2023 г.). Кемерово, КемГМУ, 2023. 534 с.

10. Аскарлова Р.И. Мониторинг заболеваемости детей первичным туберкулезом в Хорезмской области // Re-health journal. – 2021. – №. 2 (10). – С. 238-242.

11. Аскарлова Р.И. Социально значимый туберкулез у детей дошкольного возраста // Наука, техника и образование. 2022. №. 1 (84). С. 82-85.

12. Аскарлова Р.И. Своевременная диагностика острых респираторных инфекций у детей и подростков в Хорезмском регионе // Вестник науки и образования. 2023. №. 1-1 (132). С. 82-86.

13. Аскарлова Р.И. Gen-expert Исследование в диагностике деструктивного туберкулеза легких // Наука, техника и образование. 2021. №. 1 (76). С. 43-45.

14. Аскарлова Р.И. Массовое флюорографическое обследование населения Хорезмской области в целях выявления туберкулеза легких // Журнал Наука,

техника и образование. 2023. №. 1. С.86- 89.

15. Аскарова Р.И. Роль семьи для ребенка, больного туберкулезом // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: материалы IV Международной научно-практической конференции (Кемерово, 20 октября 2023 г.). Кемерово, КемГМУ, 2023. 534 с.

16. Рахимова Г. К., Рахимов А. К., Аскарова Р. И. Кумыс в качестве лучшего лекарства при первичном туберкулезе лёгких // Интеграция теории и практики в медицине // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: материалы IV Международной научно-практической конференции (Кемерово, 20 октября 2023 г.). – Кемерово, КемГМУ, 2023. 534 с.

АРТ - ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПСИХОКОРРЕКЦИИ ТВОРЧЕСТВОМ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Рузибаев Р. Ю.

Кафедра хирургии и трансплантологии.

Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал.

Республика Узбекистан, г. Ургенч

Аннотация. Арт-терапия представляет собой форму психотерапии искусством, включающей также драматерапию, музыкотерапию и танце-двигательную терапию. В некоторых странах арт-терапия и иные направления психотерапии искусством в настоящее время признаны не только в качестве самостоятельных психотерапевтических модальностей, но и профессий.

Ключевые слова: туберкулез, арт терапия. лечение творчеством, палочка Коха, психокоррекция, дети, больные.

ART THERAPY AS A METHOD OF PSYCHOCORRECTION OF CREATIVITY IN CHILDREN WITH TUBERCULOSIS

Ruzibayev R. Yu.

Department of Surgery and Transplantology.

Tashkent Medical Academy. Urgench branch.

Republic of Uzbekistan, Urgench

Abstract. Art therapy is a form of art psychotherapy, which also includes drama therapy, music therapy and dance-movement therapy. In some countries, art therapy and other areas of art psychotherapy are currently recognized not only as independent psychotherapeutic modalities, but also professions.

Keywords: tuberculosis, art therapy creative treatment, Koch's wand, psychocorrection, children, patients, Koch's wand disease.

Туберкулез - тяжелая болезнь [1]. Особенно тяжело протекает туберкулез у детей [2]. Туберкулёз – смертельная опасность, которая грозит каждому человеку [3]. Вовремя замеченный туберкулёз практически на 100% излечим [4]. Если онкологию или ВИЧ мы слышим по телевидению постоянно, тема туберкулёза всплывает значительно реже [5].

Многие не делают туберкулиновую пробу [6]. А заметить болезнь туберкулез на ранних стадиях не всегда удается [7, 8]. Арт-терапия у детей, больных туберкулезом является междисциплинарным подходом, соединяющим в себе различные области знания - психологию, медицину, педагогику, фтизиатрию. Ее основой выступает художественная практика, поскольку в ходе арт-терапевтических занятий клиенты вовлекаются в изобразительную деятельность. Слово «арт-терапия» стало впервые использоваться для обозначения тех форм клинической практики, в рамках которых психологическое «сопровождение» клиентов с эмоциональными, психическими и физическими нарушениями осуществлялось в ходе их занятий изобразительным творчеством с целью их лечения и реабилитации. Однако большинство ученых, использующих понятие арт-терапии, следуют принятому в международной литературе определению и рассматривают ее как одну из форм психотерапевтической практики, основанную на использовании пациентами визуальных, пластических средств самовыражения в контексте психотерапевтических отношений.

Арт-терапевты создают для клиента безопасную среду, каковой могут

являться кабинет или студия, и обеспечивают его различными изобразительными материалами - красками, глиной и т. д., находясь рядом с ним в процессе его изобразительной работы. Клиенты могут использовать предоставленные им материалы по своему желанию, стремясь в присутствии арт-терапевта выразить в изобразительной работе свои мысли и чувства.

Арт-терапевт побуждает клиента к взаимодействию с изобразительными материалами и продукцией, благодаря чему арт-терапевтический процесс представляет собой одну из форм лечения творчеством. Художник и арт-терапевт: краткое обсуждение их ролей в больницах, специальных школах и социальной сфере.

Арт-терапия связана с созданием визуальных образов, и этот процесс предполагает взаимодействие между автором художественной работы пациентом, самой художественной работой и психотерапевтом. Арт-терапия, так же как и любой иной вид психотерапии, направлена на осознание неосознаваемого психического материала - этому способствует богатство художественных символов и метафор.

Арт-терапевты глубоко понимают особенности процесса изобразительного творчества, обладают профессиональными навыками невербальной, символической коммуникации и стремятся создавать для пациента такую рабочую среду, в которой он мог бы чувствовать себя достаточно защищенным для того, чтобы выражать сильные переживания. Эстетические стандарты в контексте арт-терапии не имеют большого значения.

Основой арт-терапевтического взаимодействия являются выражение и конденсация неосознаваемого психического материала посредством изобразительной деятельности. Как написано в информационном бюллетене Американской арт-терапевтической ассоциации.

Арт-терапия - это терапевтическое направление, связанное с использованием пациентом клиентом различных изобразительных материалов и созданием визуальных образов, процессом изобразительного творчества и

реакциями пациента клиента на создаваемые им продукты творческой деятельности, отражающие особенности его психического развития, способности, личностные характеристики, интересы, проблемы и конфликты.

Арт-терапия основана на представлениях о том, что создание и восприятие визуальных образов является важным аспектом познавательной деятельности человека; что изобразительное творчество в присутствии специалиста позволяет клиенту актуализировать и выразить как ранние, так и актуальные в контексте «здесь-и-сейчас» осознаваемые и неосознаваемые чувства и потребности, в том числе те, выражение которых с помощью слов слишком сложно; и, наконец, что визуальный образ является средством коммуникации между психотерапевтом и клиентом.

Арт-терапия представляет собой частную форму психотерапии искусством, включающей также драматерапию, музыкотерапию и танцевально-двигательную терапию. В некоторых странах арт-терапия и иные направления психотерапии искусством в настоящее время признаны не только в качестве самостоятельных психотерапевтических модальностей, но и профессий. Учитывая нарастание во всем мире интеграционных процессов и активизацию профессиональных контактов развитие арт-терапевтического направления в нашей стране трудно представить без ясного понимания отечественными специалистами основополагающих принципов и содержания арт-терапевтической деятельности, согласующихся с ее общепринятым определением.

Подобные определения представлены в информационных материалах Европейского консорциума арт-терапевтического образования, объединяющего более трех десятков европейских университетов, разрабатывающих программы подготовки специалистов по разным направлениям психотерапии искусством. Так, все они признают, что изобразительная деятельность клиента в арт-терапии происходит в присутствии специалиста арт-терапевта, создающего для него психологически безопасную среду, помогающего ему творчески проявить

себя, а также организовать и осознать свой опыт. Важнейшими факторами лечебно-коррекционного воздействия в арт-терапии выступают изобразительная деятельность, психотерапевтические отношения и обратная связь клиента и специалиста арт-терапевта.

На основе обобщения определений арт-терапии, содержащихся в различных отечественных и зарубежных источниках, прежде всего, тех, которые отражают высокий уровень профессионализации арт-терапевтической деятельности, авторы настоящей книги предлагают рассматривать арт-терапию как *совокупность психологических методов воздействия, применяемых в контексте изобразительной деятельности клиента и психотерапевтических отношений и используемых с целью лечения, психокоррекции, психопрофилактики, реабилитации и тренинга лиц с различными физическими недостатками, эмоциональными и психическими расстройствами, а также представителей групп риска.*

Несмотря на тесную связь с лечебной практикой, арт-терапия во многих случаях имеет преимущественно психопрофилактическую, социализирующую и развивающую направленность, благодаря чему она может стать ценным инструментом в деятельности образовательных учреждений, реабилитационных проектах и в социальной работе.

Вместе с тем, внедрение методов арт-терапии в эти области должно осуществляться на основе ясного понимания того, что составляет основное содержание арт-терапевтической практики, ее цель и задачи и не должно приводить к их искажению и подмене иными, не свойственными ей формами около профессиональной деятельности. Очевидно, что разные виды творческой активности могут оказывать важные психопрофилактические и развивающие эффекты.

Инновационные подходы к образованию, например, могут и должны опираться на проявления творческого потенциала детей и подростков и

использование его здоровье сберегающих факторов. Педагоги и школьные психологи в ходе образовательного процесса вполне могли бы осваивать такие формы взаимодействия с учащимися, которые основаны на игровой деятельности и приемах изобразительной, музыкальной, драматически-ролевой и художественно-поэтической экспрессии. Это, однако, не должно служить основанием для их перехода в плоскость терапевтической практики.

Используемые в настоящее время в разных странах формы и методы арт-терапевтической работы с детьми весьма разнообразны. Опираясь на психоаналитическое понимание процесса психического развития и творческой активности, Э. Крамер в значительной мере связывает ее терапевтические возможности с тем, что в процессе занятий ребенка рисованием происходит организация психических процессов и постепенный переход от относительно примитивных форм психической деятельности к более сложным и эффективным. Она пишет, что «изобразительная деятельность и творческий процесс предполагают развитие комплекса умений, включающих овладение изобразительными материалами таким образом, что они начинают выступать в качестве.

Данная статья служит яркой иллюстрацией весьма распространенного в настоящее время не директивного подхода к индивидуальной арт-терапии, предполагающего следование специалиста за инициативами ребенка. Функции арт-терапевта заключаются при этом в создании психологически безопасных и комфортных для ребенка условий деятельности, а в случае необходимости (когда дети переживают растерянность или беспокойство либо проявляют агрессию - в мягком структурировании и организации его творческой активности.

Признавая значимость психотерапевтических отношений как важнейшего фактора достижения положительных эффектов арт-терапии и рассматривая коммуникацию с клиентом в качестве предпосылки раскрытия и осознания клиентом своих чувств и потребностей, специалисты в области арт-

терапевтической работы с детьми используют особые приемы вербальной и невербальной обратной связи с ребенком, включая адаптированные к особенностям детской психики интерпретации.

Так, например, в ходе работы с группой ведущий может комментировать действия и изобразительную продукцию участников занятий. Такие комментарии могут включать не только «отзеркаливания» (обозначение арт-терапевтом того, что тот или иной участник занятия рисует или делает), но и использование арт-терапевтом простейших пояснений того, почему ребенок это рисует или делает, или какие переживания он при этом может испытывать. Использовать этот прием психотерапевт должен, однако, с большой осторожностью, чтобы не навязать детям собственных чувств.

Поскольку абстрактное мышление у детей развито слабо, арт-терапевт комментирует их действия и рисунки как можно проще и конкретнее. С учетом недостаточной способности детей к саморефлексии арт-терапевт избегает психологических определений (в данном случае, обозначения механизмов возникновения тех или иных переживаний и тонких различий между ними).

При использовании интерпретаций арт-терапевт также может пользоваться метафорами. Ценность адаптированных к особенностям детского восприятия интерпретаций заключается в том, что они ведут к развитию у детей способности к пониманию и словесному выражению своих чувств и потребностей, осознанию мотивов своих поступков и их воздействия на окружающих. Интерпретации имеют и важную социализирующую функцию, позволяя ребенку развить механизмы контроля над переживаниями и психологические защитные механизмы.

Литература / References:

1. Аскарова Р., И., Юсупов Ш.Р. Арт-терапия как способ лечения психических и неврологических расстройств у детей больных туберкулезом // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: материалы IV Международной научно-практической конференции (Кемерово,

20 октября 2023 г.). Кемерово, КемГМУ, 2023. 534 с.

2. Аскарлова Р. И. Задания для самостоятельной работы и контроля знаний студентов по детской фтизиатрии. Москва, 2020.

3. Аскарлова Р.И. Влияние Аральского кризиса на здоровье населения в Хорезмской области// Современный мир, природа и человек. Кемерово, 2021.

4. Аскарлова Р., И., Юсупов Ш.Р. Арт-терапия как способ лечения психических и неврологических расстройств у детей больных туберкулезом // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: материалы IV Международной научно-практической конференции (Кемерово, 20 октября 2023 г.). Кемерово, КемГМУ, 2023. 534 с.

5. Аскарлова Р.И. Применение арт-терапии у пожилых пациентов, больных туберкулезом практика исцеления творчеством: современная арт-терапия в образовании, медицине и социальной сфере / Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: материалы IV Международной научно-практической конференции (Кемерово, 20 октября 2023 г.). Кемерово, КемГМУ, 2023. 534 с.

6. Рахимов А. К., Рахимова Г. К., Аскарлова Р. И. Остаточные изменения в легких у детей и подростков после перенесенного инфильтративного туберкулеза (обзор литературы) //Научный аспект. 2024. №. 2. Т.29. С. 3619-3629.

7. Рахимов А. К., Рахимова Г. К., Аскарлова Р. И. Арт - терапия и исследование стилей литературных авторов с применением в творчестве и в живописи темы туберкулеза // Научный аспект. 2024. № 4. Т.38. С. 4944-4950.

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

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Рыжова М. И.

*ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница
имени святого великомученика и целителя Пантелеимона»,
Россия, г. Курск*

Суицидальное поведение в подростковом возрасте представляет серьезную социальную и исследовательскую проблему. Подходы к исследованию не ограничиваются рамками одной медицинской науки, так как является проблемой с точки зрения психологии, социологии, философии, религии, педагогики, в связи, с чем исследования суицидального поведения носят междисциплинарный характер [1].

Современные теории рассматривают суицидальное поведение как комплекс разнообразных патогенетических факторов, которые включают в себя биологические, социально-средовые, индивидуально-личностные и психопатологические. Подростковый период является наиболее кризисным в силу влияния физиологических, психологических и поведенческих особенностей данного возрастного периода. Ряд отечественных исследователей (А.Г. Амбрумова, Е.М. Бруно, Н.Д. Кибрик и др.) отмечают принципиальное отличие суицида подростка от суицида взрослого человека.

Повторное суицидальное поведение является наиболее значимым фактором, при этом после 17-18 лет суицидальные попытки чаще всего являются повторными, что позволяет говорить о формировании стереотипа кризисного реагирования и суицидального поведения в подростковом возрасте, что обуславливает выделение в классификации суицидов отдельно подростковый суицид или «пубертатный суицид».

В отечественной и зарубежной литературе принято использовать классификацию суицидального поведения в виде демонстративного поведения, аффективного поведения и истинного суицидального поведения. Для

подросткового периода существуют и другие классификации, в виду особенностей возрастного периода. Личко А.Е. также делит суицидальное поведение у подростков на демонстративное, аффективное и истинное. Шир Е. выделяет следующие типы суицидального поведения у подростков: преднамеренное, неодолимое, амбивалентное, импульсивное и демонстративное [2].

Большое значение в суицидальном поведении детей и подростков играет семья. У подростков, в семьях которых имеет место насилие, значительно возрастает риск суицидов и суицидальных попыток. Высокой суицидогенной опасностью обладает патологическое воспитание в родительской семье. По данным Б.С. Положего и Е.А. Панченко [3], более 90 % детей и подростков с различными формами суицидального поведения получили патологическое воспитание в своих родительских семьях.

Д.Н. Исаев изучил особенности суицидального поведения у умственно отсталых детей в возрасте от 10 до 15 лет. Установлено, что причиной суицидального поведения является не интеллектуальный дефект, а расстройство личности, сформировавшееся на фоне резидуальных органических поражений головного мозга и из-за депривации и/или отвержения у детей не формируется чувство уверенности в себе и защищенности, что повышает риск суицидального поведения [4].

В классификации подросткового суицидального поведения необходимо учитывать не только роль семейных взаимоотношений и типа воспитания, но еще не мало важную роль занимает школа и общение со сверстниками, что является одним из важных этапов подросткового периода. В связи с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией, возникшая в связи с распространением коронавирусной инфекций COVID-19, а затем проведением специальной военной операции в приграничных зонах России.

Одна из важных сфер, участвующая в развитии подростков - общение со сверстниками и школа, выполняла ограниченные возможности в виде

дистанционного обучения, карантина, когда общение ограничивалось только онлайн, а также постоянное нахождение в семье, где мог обостриться внутрисемейный кризис (подросток имел возможность снять внутренне напряжение из-за конфликтов в семье в школе или в общении со сверстниками, значимыми окружающими людьми), что усугубило ситуацию с подростковыми суицидами. Основываясь на этих критериях можно рассмотреть следующий тип классификации суицидального поведения в подростковом возрасте [5]:

1) Самоповреждения - асоциальные семьи, преобладание эпилептоидного типа акцентуации характера, пубертатный криз декомпенсирован, школьная адаптация нарушена, эмоциональное состояние во время самоповреждений – злоба, обида, характерно объединение в асоциальные группировки.

2) Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом - преобладание истероидных или возбудимых типов акцентуаций, менее выраженная пубертатная декомпенсация, в группе сверстников – дискомфорт ввиду завышенных притязаний, в начальных классах адаптация в норме, с появлением трудностей нарушается, актом суицида подросток стремится доказать свою правоту и отомстить обидчику, характерна импульсивная реакция суицидального действия, которая нередко ведет к повторной попытке, заканчивающемуся летально.

3) Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией - семьи - дисгармоничны, с неадекватным воспитанием, в котором много противоречий, характерна истероидная акцентуация, в пубертате – демонстративность, капризность, умелая манипуляция, с появлением трудностей школьной программы ввиду завышенной самооценки и уровня притязаний возможна дезадаптация, пресуицид в этом случае более продолжителен, так как происходит рациональный поиск более безболезненных способов, не приносящих ущерба, при разрешении ситуации суицидальным способом происходит его закрепление.

4) Суициды с мотивацией самоустранения - семьи - внешне

благополучны, но нестабильны, конфликты носят скрытый характер, сензитивная акцентуация, психический инфантилизм, а также несамостоятельность, конформность, пассивность, низкая стрессовая толерантность, пубертатный криз выливается в неврастению, в группе сверстников эти подростки имеют низкий статус, поэтому часто приобщаются к асоциальной деятельности, пресуицид в этом случае длителен, с чувством страха, выбираются, как правило, достаточно опасные способы, в ближайшем пресуициде – страх смерти, стыд, раскаянье, риск повтора невелик.

Выводы. Суицидальное поведение в подростковом возрасте всегда являлась актуальной темой для обсуждения, но в условиях сегодняшней социальной, экономической, политической, медицинской неопределенности представляет серьезную социальную и исследовательскую проблему и требует дальнейшего изучения. Результаты исследования послужат в дальнейшем основой для разработок клинических рекомендаций, разработкой профилактических мероприятий и внедрение их в практику детских врачей психиатров и медицинских психологов, в образовательные учреждения.

Литература / References:

1. Любов Е. Б., Зотов П. Б., Кушнарев В.Н. История развития суицидологии в России // Суицидология. 2017. Т.8, №3 (28). С. 22-39.
2. Амбрумова, А.Г., Тихоненко В.А., Бергельсон Л.Л. Социально – психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопросы психологии. 1981. № 4. С.25.
3. Положий Б.С., Панченко Е.А. Факторы динамики суицидального процесса // Психическое здоровье. 2011. №9. С. 65-68.
4. Исаев Д.С. Психология суицидального поведения: методические рекомендации для студентов по спецкурсу «Суицидология» // Самара, 2000. 27с.
5. Александрова Н.В., Иванова Т.И., Крахмалева О.Е., Особенности суицидального поведения у детей и подростков: методические рекомендации //

Омск, 2018. 48 с.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КУЗБАССА В 2021-2023 ГОДАХ

Самсонова Г. М., Лопатин А. А., Вострых Д. В.

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

Аннотация. В статье отражена структура наркологической службы Кемеровской области, кадровый потенциал, проведен анализ основных показателей деятельности службы и уровня распространенности наркологических расстройств среди населения региона.

Ключевые слова: наркологическая служба, статистические показатели, психоактивные вещества, заболеваемость наркологическими расстройствами.

ANALYSIS OF THE ACTIVITIES OF THE NARCOLOGICAL SERVICE OF KUZBASS IN 2018-2020

Samsonova G. M., Lopatin A. A., Vostrykh D. V.

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

Abstract. The article reflects the structure of the narcological service of the Kemerovo region, the personnel potential, the analysis of the main indicators of the service and the level of prevalence of drug addiction disorders among the population of the region.

Keywords: narcological service, statistical indicators, psychoactive substances, incidence of narcological disorders.

В структуру наркологической службы Кемеровской области входят три наркологических диспансера в городах Кемерово, Новокузнецке и Прокопьевске, четыре психоневрологических диспансера в городах Анжеро-

Судженске, Белово, Киселевске и Юрге, две психиатрические больницы с наркологическими отделениями в городах Ленинске-Кузнецком и Калтане, четыре городских больницы в городах Березовский, Мыски, Междуреченск, Мариинск и 17 районных больниц.

В наркологических подразделениях Кемеровской области по состоянию на 01.01.2024 года развернуто 347 коек в стационарных отделениях, функционирует 9 дневных стационаров на 179 пациенто-мест (в гг. Анжеро-Судженске, Белово, Калтане, Кемерово, Новокузнецке, Прокопьевске и Юрге).

Отмечается незначительное увеличение числа коек в стационарных отделениях и сокращение числа пациенто-мест в дневных стационарах в сравнении с 2021 годом (342 койки и 184 пациенто-мест).

Показатель занятости наркологической койки по Кемеровской области в 2023г. (309 дней в году) увеличился по сравнению с 2021г. (300 дней в году). Средняя длительность пребывания на наркологической койке в регионе сохраняется на достаточно высоком уровне: в 2021 году – 17,6 дней, в 2022 году – 17,5 дней, в 2023 году – 18 дней при общероссийском показателе – 11,1 дней в 2023 году.

Занятость койки дневного стационара по Кемеровской области в 2023 году составила 290 дней в году. Отмечается незначительное уменьшение показателя в сравнении с 2021 годом (307 дней), но превышение на 10,7% общероссийского показателя (262 дня в 2023 году).

Средняя длительность лечения на койке дневного пребывания по Кемеровской области в 2023 году (21,1 койко-дней) снизилась по сравнению с 2021 годом (22,5 койко-дней) при показателе в Российской Федерации – 12,1 койко-дней в 2023 году.

Общее число наркологических кабинетов для обслуживания детского и взрослого населения и кабинетов медицинского освидетельствования на состояние опьянения в Кемеровской области осталось на уровне 2021 года.

В структуре наркологической службы Кузбасса функционируют два

стационарных отделения медицинской реабилитации для пациентов с наркологическими расстройствами в городах Кемерово и Прокопьевске, одно отделение медицинской реабилитации для детей и подростков в условиях дневного стационара в городе Кемерово и одно амбулаторное отделение медицинской реабилитации для пациентов с наркологическими расстройствами в городе Новокузнецке.

Доля пациентов, включенных в программы амбулаторной реабилитации, по Кемеровской области в 2023 году составляет 5,9% при показателе Российской Федерации – 5,4%. Доля пациентов, успешно завершивших программы амбулаторной реабилитации, по Кемеровской области в 2023 году – 70,8% при показателе Российской Федерации – 51,9%.

Доля пациентов, включенных в программы стационарной реабилитации, по Кемеровской области в 2023 году составляет 4,6% при показателе Российской Федерации – 5,4%. Доля пациентов, успешно завершивших программы стационарной реабилитации, по Кемеровской области в 2023 году – 100% при показателе Российской Федерации – 85,3%.

Обеспеченность населения Кемеровской области реабилитационными койками в 2023 году составляет 0,19 при показателе Российской Федерации – 0,18.

В отделении медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» развернуто 25 круглосуточных коек. В этом отделении разработана специальная лечебно-реабилитационная программа «Фламинго», направленная на создание психотерапевтической среды, каждый элемент которой имеет дифференциальное лечебное значение и подразумевает прохождение всего лечебно-реабилитационного цикла по индивидуальному плану, что позволяет добиваться не только отказа от употребления психоактивных веществ, но и значительного улучшения основных параметров качества жизни пациентов и их ближайшего окружения.

Отделение для длительной медико-социальной реабилитации больных наркоманиями и алкоголизмом на 25 коек работает в ГБУЗ «Прокопьевский наркологический диспансер», в котором применяются реабилитационные программы для лиц с наркологическими проблемами, основанные на принципах программы «12 шагов».

Отделение медицинской реабилитации (для детей и подростков) с наркологическими расстройствами в г. Кемерово работает в режиме дневного стационара на 25 пациенто-мест. Пациентам отделения медицинской реабилитации проводится курс лечебно-реабилитационных мероприятий, а также оказывается необходимая специализированная медицинская, психологическая и социальная помощь. Завершив полный курс реабилитации, пациенты овладевают основными жизненными навыками, бытовыми умениями, способностью к регулярной учебе и труду, получают профессию.

Показатель занятости реабилитационной койки в целом по Кемеровской области уменьшился с 341 дня в 2021г. до 320 дней в 2023г., но превышает на 7,7% показатель Российской Федерации (297 дней в 2023г.). Отмечается снижение длительности пребывания на реабилитационной наркологической койке в Кемеровской области: с 99,4 дней в 2021г. до 83,3 дней в 2023г. при показателе Российской Федерации – 41,7 дней в 2023г.

Число врачей психиатров-наркологов в Кемеровской области по состоянию на 31.12.2023 года составило 82 чел. (в 2021г. – 89 чел., в 2022г. – 85 чел.), показатель обеспеченности на 10 тыс. населения составляет 0,32 на 10 тыс. населения, что ниже показателя Российской Федерации (0,33 на 10 тыс. населения в 2023 году).

В 2023 году наркологическими подразделениями Кемеровской области было зарегистрировано 28 113 пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ (показатель 1 094,6 на 100 тыс.). Отмечается снижение числа зарегистрированных пациентов по сравнению с уровнем 2021 года на 3,4% (абс. число – 29 845 чел.; показатель

1 133,3 на 100 тыс.).

Показатель общей заболеваемости наркологическими расстройствами населения Кемеровской области ниже показателя по Российской Федерации за 2023 год на 6,4% (1 169,5 на 100 тыс.).

Как и в предыдущие годы, большинство зарегистрированных – это лица, больные алкоголизмом, алкогольными психозами и лица с пагубным употреблением алкоголя (в 2023 году – 72,2%, в 2021 году – 70,6%).

Основной контингент лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманиями, это взрослое население – более 99,9% в общей структуре наркологических расстройств. На долю детей и подростков, страдающих наркоманией, приходится 0,01%, токсикоманией – около 0,004%.

Анализ показателей заболеваемости в 2023 году среди несовершеннолетних (абс. число – 605 чел.; показатель – 647,2 на 100 тыс.) свидетельствует о выраженной динамике снижения общей заболеваемости наркологическими расстройствами среди детей и подростков в Кузбассе на 41% в сравнении с 2021 годом (абс. число – 982 чел.; показатель – 1 096,3 на 100 тыс.).

В 2023 году не зарегистрировано алкогольных психозов и алкоголизма среди несовершеннолетних. Заболеваемость несовершеннолетних лиц с пагубным употреблением алкоголя (абс. число – 494 чел.; показатель – 528,5 на 100 тыс.) снизилась на 45% в сравнении с 2021 годом (абс. число – 863 чел.; показатель – 963,4 на 100 тыс.).

В 2023 году зарегистрировано 6 981 женщин, страдающих наркологическими расстройствами (показатель 500,7 на 100 тыс.). Отмечается снижение показателя общей заболеваемости наркологическими расстройствами среди женщин на 2% в сравнении с 2021 годом (абс. число – 7 269 чел.; показатель – 510,7 на 100 тыс.).

Наметилась тенденция снижения показателей заболеваемости алкоголизмом среди женщин. Показатель заболеваемости алкогольными

психозами женщин в 2023 году (абс. число – 169 чел.; показатель – 12,1 на 100 тыс.) снизился на 22,4% по сравнению с 2021 годом (абс. число – 222 чел.; показатель – 15,6 на 100 тыс.).

Показатель заболеваемости алкоголизмом среди женщин в 2023 году (абс. число – 4 237 чел.; показатель – 303,9 на 100 тыс.) остался на уровне 2021 года (абс. число – 4 349 чел.; показатель – 305,5 на 100 тыс.). Показатель заболеваемости женщин с пагубным употреблением алкоголя в 2023 году (абс. число – 1 356 чел.; показатель – 97,3 на 100 тыс.) снизился на 2,7% в сравнении с 2021 годом (абс. число – 1 424 чел.; показатель – 100,0 на 100 тыс.).

Общее число больных алкоголизмом, алкогольными психозами и лиц с пагубным употреблением алкоголя, зарегистрированных наркологическими подразделениями Кемеровской области в 2023 году (20 284 чел.), снизилось на 3,7% по сравнению с 2021 годом (21 065 чел.).

В 2023 году в Кемеровской области отмечается снижение показателя заболеваемости алкогольными психозами на 12,7% (33,0 на 100 тыс.), алкоголизмом – на 0,8% (578,8 на 100 тыс.), лиц с пагубным употреблением алкоголя – на 2,6% (211,0 на 100 тыс.) по сравнению с показателями за 2021 год.

Показатель общей заболеваемости алкогольными расстройствами населения Кемеровской области (789,8 на 100 тыс.) ниже показателя по Российской Федерации за 2023 год на 11,8% (895,9 на 100 тыс.).

В 2023 году наркологическими подразделениями Кемеровской области зарегистрировано 5 483 больных наркоманией (показатель 213,5 на 100 тыс.), в 2021 году – 5 858 чел. (показатель 222,4 на 100 тыс.). Отмечается снижение показателя общей заболеваемости на 4% в сравнении с показателем 2021 года, но данный показатель по Кемеровской области превышает показатель Российской Федерации на 26% (156,2 на 100 тыс.).

Кроме того, в 2023 году было зарегистрировано 2 206 пациентов с пагубным употреблением наркотических средств (показатель 85,9 на 100 тыс.).

По сравнению с 2021 годом в Кемеровской области (абс. число – 2 320 чел.; показатель – 88,1 на 100 тыс.) этот показатель уменьшился на 2,5%, по сравнению с Российской Федерацией – на 21%.

Показатель заболеваемости наркоманией женщин в 2023 году (абс. число – 1 107 чел.; показатель – 79,4 на 100 тыс.) остался на уровне 2021 года (абс. число – 1 104 чел.; показатель – 77,6 на 100 тыс.). Показатель заболеваемости женщин с пагубным употреблением наркотических средств в 2023 году (абс. число – 245 чел.; показатель – 17,6 на 100 тыс.) также соответствует уровню 2021 года (абс. число – 245 чел.; показатель – 17,2 на 100 тыс.).

В 2023 году зарегистрировано 3 случая заболевания наркоманией среди несовершеннолетних (показатель - 3,2 на 100 тыс.) при отсутствии заболеваемости в 2021-2022 гг.

В 2023 году в Кемеровской области зарегистрирован 41 пациент с синдромом зависимости от ненаркотических психоактивных веществ (токсикомания), показатель составляет 1,6 на 100 тыс. населения, что несколько ниже уровня заболеваемости токсикоманией в 2021 году (абс. число – 44 чел.; показатель - 1,7 на 100 тыс. населения).

В 2023 году было зарегистрировано 99 пациентов с пагубным употреблением ненаркотических психоактивных веществ (показатель – 3,9 на 100 тыс.). Отмечается рост показателя по Кемеровской области на 14,7% в сравнении с 2021 годом (абс. число – 89 чел.; показатель – 3,4 на 100 тыс.).

Показатель общей заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с употреблением ненаркотических психоактивных веществ, в Кемеровской области (5,5 на 100 тыс.) ниже показателя в Российской Федерации за 2023 год на 36% (8,6 на 100 тыс.).

Показатель заболеваемости токсикоманией женщин в 2023 году (абс. число – 8 чел.; показатель – 0,6 на 100 тыс.) остался на уровне 2021 года, но при этом показатель заболеваемости женщин с пагубным употреблением ненаркотических психоактивных веществ в 2023 году (абс. число – 28 чел.;

показатель – 2,0 на 100 тыс.) увеличился на 53,8% в сравнении с 2021 годом (абс. число – 19 чел.; показатель – 1,3 на 100 тыс.).

В 2023 году отмечается снижение в 3 раза показателя общей заболеваемости токсикоманией среди несовершеннолетних по Кузбассу (абс. число – 1 чел.; показатель – 1,1 на 100 тыс.) по сравнению с 2021 годом (абс. число – 3 чел.; показатель – 3,3 на 100 тыс.).

Показатель заболеваемости несовершеннолетних лиц с пагубным употреблением ненаркотических психоактивных веществ по Кемеровской области в 2023 году (абс. число – 41 чел.; показатель – 43,9 на 100 тыс.) снизился на 14,6% по сравнению с 2021 годом (абс. число – 46 чел.; показатель – 51,4 на 100 тыс.).

Основными показателями, характеризующие качество оказания наркологической помощи, являются ремиссия и прекращение диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением (стойким улучшением), а также повторность госпитализаций.

Показатели ремиссии во всех нозологических группах свидетельствуют об увеличении числа лиц, находящихся в долгосрочной ремиссии, и соответствуют регламентированным показателям (индикаторам) Государственной программы Кемеровской области – Кузбасса «Развитие здравоохранения Кузбасса» на 2014-2024 годы.

Показатель ремиссии 1 год и более суммарно у пациентов с алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией по Кемеровской области в 2023 году составляет 24,8% при общероссийском показателе – 24,3%.

В Кемеровской области отмечается увеличение показателя снятия с диспансерного наблюдения пациентов в связи с подтвержденной стойкой ремиссией (выздоровлением) с 5,9% в 2021 году до 6,8% в 2023 году при общероссийском показателе – 4,8%.

Уровень повторности госпитализаций в стационар остается одним из основных критериев качества оказания наркологической помощи.

Выявлено снижение показателя повторной госпитализации по Кемеровской области:

- доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в 2021 году составляла 22%, в 2023 году – 21,6 %;

- доля больных наркоманией, повторно госпитализированных в 2021 году составляла 23,8%, в 2023 году – 21,3 %.

Таким образом, наркологическая служба Кемеровской области развивается в соответствии с тенденциями распространения основных наркологических расстройств в регионе, требований и нормативных положений Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также уровнем финансирования и укомплектованности кадрами наркологической службы. А проводимая Министерством здравоохранения Кузбасса и специалистами региональной наркологической службы работа способствует развитию позитивных тенденций, направленных на снижение уровня распространенности наркологических расстройств как среди всего населения, так и среди несовершеннолетних, что соответствует общей динамике снижения числа лиц с наркологическими расстройствами, находящихся под диспансерным наблюдением врачей психиатров-наркологов.

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ
COVID-19: ТЕНДЕНЦИИ, ПОСЛЕДСТВИЯ,
ФАКТОРЫ И ГРУППЫ РИСКА**

Селедцов А. М., Кирина Ю. Ю., Яковлев А. С.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Цель работы - изучить, как пандемия COVID-19 отразилась на психическом здоровье людей. Для этого был проведён анализ результатов исследований, проведённых как в России, так и за её пределами. В ходе

исследования были выделены два ключевых аспекта влияния пандемии на психическое здоровье: нейропсихологический и психоэмоциональный. Также были определены три уровня проявления проблем со здоровьем, связанных с пандемией: физиологические, психические и поведенческие расстройства. В качестве метода исследования был использован анализ статей из международных электронных баз данных, посвящённых проблеме потери психического здоровья из-за новой пандемии коронавируса и других эпидемий.

Ключевые слова: пандемия COVID-19, психическое здоровье, факторы риска, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), стресс.

**MENTAL HEALTH OF THE POPULATION DURING THE COVID-19
PANDEMIC: TRENDS, CONSEQUENCES,
RISK FACTORS AND GROUPS**

Seledtsov A. M., Kirina Yu. Yu., Yakovlev A. S.

Kemerovo State Medical University», Russia, Kemerovo

Abstract. The aim of the study is to examine how the COVID-19 pandemic has affected people's mental health. To do this, an analysis of the results of studies conducted both in Russia and abroad was conducted. The study identified two key aspects of the pandemic's impact on mental health: neuropsychological and psychoemotional. Three levels of manifestation of health problems associated with the pandemic were also identified: physiological, mental and behavioral disorders. The research method used was an analysis of articles from international electronic databases devoted to the problem of loss of mental health due to the new coronavirus pandemic and other epidemics.

Keywords: COVID-19 pandemic, mental health, risk factors, post-traumatic stress disorder (PTSD), stress.

COVID-19, подобно любой другой пандемии, может быть с полным правом назван войной. Многие люди, столкнувшиеся с коронавирусом,

испытывают острый стресс, у некоторых развивается посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), а у некоторых последствия могут быть более глубокими и выражаться в виде тревожных расстройств, депрессии, невротических нарушений и личностных изменений.

В начале 2020 года Всемирная организация здравоохранения констатировала возникновение чрезвычайной ситуации международного масштаба в области общественного здравоохранения, вызванной вспышкой нового коронавирусного заболевания.

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

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

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

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

Результаты и обсуждение. В 1980-х гг. в США сформировалось понятие «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР), был введен термин «вьетнамский синдром» для описания психических симптомов и изменений личности, возникших у ветеранов войны во Вьетнаме после ее окончания [3]. В практике советских и российских психиатров аналогичные состояния наблюдались у участников войн в Афганистане и Чечне («афганский» и «чеченский» синдромы) [5]. Установлено, что не только военные действия могут стать причиной психической травмы и приводить к стрессовым расстройствам. Известны многочисленные описания психологических последствий катастроф [7], природных катаклизмов (например, землетрясений [8] и ураганов [9]), террористических актов (11 сентября 2001 г.) [10].

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

До появления COVID-19 статистические данные о психических состояниях (включая неврологические расстройства и расстройства, связанные

с употреблением психоактивных веществ, риск суицида и связанные с ними психосоциальные и интеллектуальные нарушения) были уже ярко выражено негативными:

- Мировая экономика теряет более 1 триллиона долларов США в год из-за депрессии и беспокойства.

- От депрессии страдают 264 миллиона человек в мире.

- Примерно половина всех состояний психического здоровья начинается в возрасте 14 лет, а самоубийства - вторая ведущая причина смерти среди молодых людей в возрасте 15-29 лет.

- Более чем 1 из 5 человек, живущих в условиях конфликта, страдает психическим заболеванием.

- Люди с тяжелыми психическими расстройствами умирают на 10-20 лет раньше, чем население в целом.

- Менее половины стран сообщают о согласовании своей политики в области психического здоровья с конвенциями о правах человека.

- В странах с низким и средним уровнем доходов от 76% до 85% людей с психическими расстройствами не получают лечения от своего состояния, несмотря на доказательства того, что эффективные вмешательства могут быть реализованы в любом контексте ресурсов.

- Во всем мире на каждые 10 000 человек приходится менее 1 специалиста по психическому здоровью.

- Нарушения прав человека в отношении людей с тяжелыми психическими расстройствами широко распространены во всех странах мира [1, 5, 10-13].

Известно, что психическое благополучие - одно из самых игнорируемых областей здоровья. Как следствие, несмотря на воздействие чрезмерных стресс-факторов на отдельных людей, семьи и общество, в психическое здоровье вкладывается не достаточно инвестиций. Страны тратят в среднем только 2% своих бюджетов здравоохранения на сохранение психического здоровья.

Средний размер расходов других секторов здравоохранения неизвестен, но принято считать, что он является незначительной частью этого показателя [1].

По оценкам специалистов, международная помощь развитию в области психического здоровья составляет менее 1% от мировых затрат на здравоохранение [3]. И это несмотря на хорошо задокументированную сопутствующую патологию физического и психического здоровья таких заболеваний, как ВИЧ / СПИД и туберкулез; а теперь и COVID-19.

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

Ключевой посыл Комиссии Lancet по глобальному психическому здоровью и устойчивому развитию заключается в том, что проблемы психического здоровья существуют в диапазоне от легкого, ограниченного по времени дистресса до тяжелых состояний психического здоровья. Пандемия влияет на то, где население находится в этом континууме. Многие люди, которые раньше хорошо справлялись с психологическими проблемами, в сложившейся ситуации менее адаптивны из-за множества факторов стресса, вызванных COVID-19. Те, у кого ранее было мало переживаний тревоги и дистресса, испытывают увеличение их количества и интенсивности, а у некоторых развивается состояние психического нездоровья. При этом у людей, уже имевших ранее было психическое заболевание, наблюдается ухудшение психологического состояния и снижение функциональности [6, 7].

Страдания людей можно понять, учитывая воздействие пандемии на жизнь людей. Во время чрезвычайной ситуации COVID-19 человек опасается заражения, смерти и потери членов семьи. В то же время огромное количество людей потеряли или рискуют потерять средства к существованию, оказались в

социальной изоляции и разлучены с близкими, а в некоторых странах испытали на себе приказы о карантине, осуществленные радикальным образом. Женщины и дети стали жертвами домашнего насилия и жестокого обращения.

Широко распространенная дезинформация о вирусе и мерах профилактики, а также глубокая неуверенность в будущем являются дополнительными серьезными источниками стресса. Неоднократные изображения в СМИ тяжелых больных, мертвых тел и гробов усиливают страх. Осознание того, что у людей может не быть возможности попрощаться с умирающими близкими, и, возможно, не удастся провести для них похороны, еще больше усугубляло страдания [4].

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

По данным исследователей из университетов Шеффилда и Ольстера, после сообщения премьер-министра Великобритании о введении режима самоизоляции представленность тревожных расстройств возросла более чем на 20 % [4]. Недавнее исследование, проведенное в Китае, позволило выявить тревожные расстройства у 73,4 %, депрессию - у 50,7 %, инсомнию - у 36,1 % испытуемых [5].

Другое крупномасштабное исследование, проведенное на 7236 добровольцах, позволило выявить у каждого третьего тревожные и у каждого пятого - депрессивные расстройства. При этом более молодые участники были склонны к развитию тревожных и депрессивных симптомов во время вспышки COVID-19, чем участники более старшей (2:35 лет) возрастной группы.

По сравнению с другими профессиональными группами, медицинские работники отметили плохое качество сна. Установлено, что люди, которые

проводили много времени (2:3 час/сут), думая об опасности коронавируса, были более склонны к развитию тревожных симптомов [6].

По данным исследования, проведенного в Италии весной 2020 года после 3 - 4 недель самоизоляции и карантина, были выявлены следующие нарушения в психической сфере: у 20,8% исследуемых отмечалась выраженная тревога; у 37% - посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР); у 22,8% - сильный стресс; у 7,3% - нарушение сна (бессонница); у 21,8% - нарушения адаптации и у 17,3% - депрессивные расстройства [11].

Помимо симптомов тревоги, в условиях пандемии отмечены: рост числа и выраженности признаков депрессии (плаксивость, снижение настроения; чувство беспомощности, скуки, одиночества и подавленности из-за изоляции, изменения своих привычек и образа жизни; чувство вины и стыда из-за того, что «выжили», «заразили других» или «не смогли помочь другим»; растерянность, эмоциональное оцепенение или деморализация из-за потери некоторых предпочитаемых видов деятельности, как на работе, так и в свободное время, включая спортивные мероприятия и физическую активность; социальная или коммуникативная замкнутость), когнитивных расстройств (дезориентация - в месте, времени, собственной личности; ступор или психомоторное возбуждение; неспособность понять причины ограничений, связанных с правилами гигиены, и способов их осуществления, в том числе положения, ограничивающие поездки и мероприятия на свежем воздухе), а также нарушений поведения (самоповреждения и/или агрессивное поведение по отношению к объектам или к другим людям) [1, 3, 8, 9].

Согласно результатам пилотных популяционных исследований, пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 спровоцировала увеличение числа клинически завершенных форм психических расстройств [10, 12, 13], которые в свою очередь могут являться предикторами снижения иммунитета и повышения вероятности неблагоприятного течения вирусной инфекции в случае заражения. Этому способствует и то, что у пациентов с психическими

заболеваниями и расстройствами зафиксированы и серьезные соматические недуги (метаболический синдром, диабет, сердечно-сосудистая и легочная патология), являющиеся факторами риска развития тяжелых форм COVID-19, встречаются в 2,5 раза чаще, чем у населения в целом [14].

Все это делает таких больных более склонными к развитию осложнений, ухудшает прогноз любого соматического заболевания и увеличивает вероятность госпитализации. Возможными причинами этого у пациентов с психическими расстройствами являются когнитивные нарушения, стигматизация, снижение инстинкта самосохранения, недостаточная критичность, плохая комплаентность, сопровождающаяся нарушениями режима самоизоляции и несоблюдением санитарных правил [1].

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

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

Воздействие COVID-19 на мозг так же вызывает серьезную

озабоченность. Основные причины заключаются в том, что

- COVID-19 может вызывать неврологические проявления, включая головную боль, нарушение инсульта и менингоэнцефалит.

- Основные неврологические состояния повышают риск госпитализации по поводу COVID-19, особенно для пожилых людей.

- Стресс, социальная изоляция и насилие в семье могут повлиять на здоровье и развитие мозга маленьких детей и подростков.

- Социальная изоляция, снижение физической активности и снижение интеллектуальной стимуляции увеличивают риск снижения когнитивных функций и деменции у пожилых людей [13].

Перечисленные неврологические проявления были отмечены у людей во многих странах [6]. Более того, социальные последствия пандемии могут повлиять на развитие здоровья мозга у маленьких детей и подростков и снижение когнитивных функций у пожилого населения. Необходимы срочные меры, чтобы предотвратить долгосрочное воздействие на мозг, как самых молодых, так и старших членов нашего общества. Сложившаяся ситуация осложняется тем фактом, что до пандемии в большинстве сообществ мира, и особенно во многих гуманитарных и конфликтных ситуациях, уже был ограниченный доступ к качественной и доступной психиатрической помощи. В настоящее время такая возможность еще более ограничена из-за COVID-19, поскольку пандемия нарушила работу специализированных служб по всему миру. Ключевыми факторами, влияющими на услуги специалистов в области психиатрии в сложившейся ситуации, являлись:

- инфекция и риск заражения в учреждениях длительного пребывания, включая уход дома;

- препятствия на пути к личной встрече с людьми;

- заражение этим вирусом сотрудников психиатрических служб;

- и закрытие специализированных учреждений с тем, чтобы превратить их в лечебные учреждения для людей, заразившихся коронавирусом.

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

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

Службам психического здоровья пришлось искать новаторские способы реорганизации и адаптации предоставления услуг для обеспечения непрерывности оказания помощи во время пандемии. В Мадриде, например, были вынуждены переоборудовать более 60% своих койко-мест для психиатрических больниц для оказания помощи людям с COVID-19, что снизило количество людей, обращающихся за неотложной психиатрической помощью на 75% [10]. Чтобы справиться с этим, службам психического здоровья пришлось быстро адаптироваться. По возможности, людей с тяжелыми заболеваниями переводили в частные клиники, чтобы обеспечить непрерывность лечения. В наиболее серьезных случаях были организованы

посещения на дому. Также необходимо было установить партнерские отношения с ИТ-экспертами, чтобы персонал психиатрической службы, работающий по месту жительства, мог получить доступ к электронным историям болезни при сохранении конфиденциальности.

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

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

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

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

В целом ситуация выглядела крайне тревожно. Так,

- в Канаде 47% медицинских работников сообщили о необходимости психологической поддержки.

- в Китайской Народной Республике медицинские работники сообщили о высоком уровне депрессии (50%), тревожности (45%) и бессонницы (34%).

- В Пакистане большое количество медицинских работников сообщают о психологическом стрессе от умеренного (42%) до тяжелого (26%) [13-14].

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

С одной стороны, героизм ассоциируется с максимально осмысленной, проживаемой и подлинной жизнью: это то время и место, где человек ощущает себя максимально необходимым, где мир запрашивает именно его и он может максимально реализовать здесь свой потенциал: мужество, способности, знания, энергию, опыт.

Героический нарратив с древнейших времен по наши дни отражает этапы развития личности героя, которые могут быть пройдены именно в травматической ситуации: сепарация (выход из привычных безопасных условий); прохождение через экстремальный опыт и трансформация личности; реализация потенциала, приобретенного в результате страданий, в преобразовании внешнего мира. В этом процессе, вероятно, отражен феномен так называемого «посттравматического личностного роста», который давно описан в психологии и имеет эмпирические подтверждения.

Людям свойственно искать и обнаруживать смыслы в трудных жизненных ситуациях: самым ярким примером этого является личность психолога и психиатра Виктора Франкла - основателя логотерапии, прошедшего через концлагерь и создавшего там основой труд своей жизни «Скажи жизни «Да!». Помощь другим, как источник смысла, является огромным ресурсом в прохождении через травматические ситуации, каковой

является и пандемия коронавируса.

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

Пожилые люди и люди с уже существующими заболеваниями так же подвержены значительному риску опасных для жизни осложнений COVID-19. Примерно 8 из 10 зарегистрированных смертей в США и Германии произошли среди людей в возрасте 65 лет и старше или 70 лет и старше соответственно [7]. Понятно, что многие пожилые люди и люди с ранее существовавшими заболеваниями (например, сердечными заболеваниями, гипертонией) в настоящее время чрезвычайно обеспокоены тем, что могут быть инфицированы вирусом и не имеют доступа к надлежащей помощи. Некоторые из них, в том числе с когнитивными нарушениями, могут испытывать трудности с доступом к советам по профилактике инфекций и подвергаются более высокому риску изоляции. Одиночество - главный фактор риска смерти у пожилых людей [5].

Подростки и молодые люди также являются группой риска в условиях современно кризиса, поскольку большинство психических заболеваний развиваются в этот период жизни. Многие молодые люди увидели, как их будущее изменилось. Например, закрылись школы, не проводились экзамены, ухудшились экономические перспективы. Исследование, проведенное среди молодых людей с историей психических расстройств, проживающих в

Великобритании, показывает, что 32% из них согласились с тем, что пандемия значительно ухудшила их психическое здоровье [8]. Основными источниками стресса были опасения по поводу здоровья их семьи, школы и закрытие университетов, потеря рутины и потеря социальных связей. Оказание психиатрических услуг должно включать в себя конкретные действия, адаптированные для этой группы населения.

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

Люди в гуманитарных и конфликтных ситуациях, чьи потребности в психическом здоровье часто игнорируются, так же требуют большего внимания. Фактические данные показывают, что в условиях конфликта каждый пятый человек страдает психическим заболеванием. Ситуация пандемии может усугубить существующие состояния психического здоровья, вызвать новые состояния и ограничить доступ и без того недостаточным имеющимся услугам в области психического здоровья. Более того, часто бывает трудно придерживаться мер по профилактике инфекций (таких как физическое

дистанцирование) для людей в гуманитарной среде, таких как беженцы или внутренне перемещенные лица, живущие в многолюдных лагерях или поселениях. Это увеличивает риск заражения COVID-19 и вызывает высокий уровень стресса.

Пока нет данных о психическом здоровье людей, связанных с COVID-19, в гуманитарных и конфликтных ситуациях, но данные о мигрантах вызывают беспокойство. Межучрежденческий постоянный комитет (IA SC) рекомендовал ряд ключевых действий для минимизации и устранения влияния COVID-19 на психическое здоровье и психосоциальное благополучие [9].

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

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

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

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

человека.

Литература/ References:

1. 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.

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

3. Кирина, Ю. Ю. Опыт дистанционного обучения студентов факультета «Сестринское дело» в условиях пандемии COVID-19 // Г.В. Акименко, А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина, Л.В. Начева. Медицинская сестра. 2020. Т. 22. № 5. С. 12-18.

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

5. Селедцов, А.М. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии // Г.В. Акименко, А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина. [Электронный ресурс] / Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла (Кемерово, 18 сентября 2020 г.) / отв. ред. А.М. Селедцов, А.А. Лопатин, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина. Кемерово: КемГМУ, 2020. 370 с.

6. Фишхофф, Б. Психология коронавирусной тревоги. [Электронный ресурс]. - URL: <http://research/action/speak-ing-of-psychology/coronavirus-anxiety>. (дата обращения 17.06.2024).

7. Liu S., Yang L., Zhang C., Xiang Y., Liu Z., Hu S., Zhang B. Online rental

health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiat.* 2020;7(4):e17-e18. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8.

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

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

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

11. Pisciotta M., Denneson L.M., William H.B., Woods S., Tuepker A., Dobscha S.K. Providing mental health care in the context of online mental health notes: advice from patients and mental health clinicians.

12. Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen. Psychiatr.* 2020;33 doi: 10.1136/gpsych2020-

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

14. Fung Wong P, Craik S, Newman P, Makan A, Srinivasan K, Crawford E et al. Lessons of the ninth 1: A case of rhinoceros halitosis as a rare complication of acute COVID-19 infection. *Clin Med.* 2020; 20(3).

**ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ,
НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ГБУЗ «КИСЕЛЁВСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»**

Синкина О. А., Диц М. В.

ГБУЗ «Киселёвский психоневрологический диспансер»

Минздрава России, Россия, г. Киселёвск

Современные тенденции лечения психически больных ориентированы на восстановление их индивидуального и социального статуса с помощью психосоциальных реабилитационных мероприятий, направленных на различные стороны функционирования человека. Это процесс, который даёт возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам в результате психических расстройств достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе.

Психосоциальные лечебно-реабилитационные мероприятия имеют своей целью достижение личностно-социального восстановления пациента посредством реализации задач:

- уменьшение выраженности психопатологических симптомов с помощью триады – лекарственных препаратов, психотерапевтических методов лечения и психосоциальных вмешательств,
- повышение социальной компетентности психически больных людей путем развития навыков общения, умения преодолевать стрессы, а также трудовой деятельности,
- поддержка семей, в которых кто-либо страдает психическим заболеванием,
- создание и сохранение долгосрочной социальной поддержки, удовлетворение по меньшей мере базовых потребностей психически больных людей, к каковым относятся трудоустройство, организация досуга,
- повышение автономии (независимости) психически больных,

улучшение их самодостаточности и самозащиты.

Основу психореабилитационных мероприятий, реализуемых в Киселевском психоневрологическом диспансере, составляют: трудовая реабилитация; социальная поддержка; психиатрическое просвещение, в том числе обучение тому, как управлять болезненными симптомами; приобретение и восстановление навыков общения; реализация увлечений и досуга. Психосоциальная реабилитация психически больных – это постоянный процесс, направленный на восстановление и развитие разных сфер жизни человека включающий комплекс медицинских, социальных, психологических мер.

Важное место в комплексном лечении психически больных занимает социально - трудовая реабилитация, когда пациенты вовлекаются в трудовую реабилитацию (терапия занятостью внутри отделения), а также имеют возможность читать книги, смотреть телевизор, играть в настольные игры. Ежедневно в утренние часы для пациентов психиатрического отделения (за исключением пациентов, имеющих противопоказания) проводится групповая лечебная гимнастика. При формировании групп на лечебную гимнастику учитываются диагноз пациентов, характер течения болезни, выраженность дефектной симптоматики и, что особенно важно, характер проводимой медикаментозной терапии. Положительные эмоции, полученные в процессе выполнения физических упражнений, повышают работоспособность мышц, способствуют улучшенному функционированию основных систем организма, и, в целом, оказывают общеукрепляющее действие.

В условиях психоневрологического диспансера в практике психосоциальной реабилитационной деятельности особую роль играет терапия средой (один из методов социотерапевтического лечебного воздействия), которая является неотъемлемым фактором больничного содержания, и в отношении пациентов с проблемами психического здоровья выглядит как организация направленного образа жизни.

Наиболее специфическим мероприятием в терапии средой является создание сплочённого коллектива с общими интересами: создание зоны настольных игр, обеспечение доступной литературой, вовлечение пациентов в общественно-полезную деятельность (трудотерапия). Следует отметить, что пациенты в свободное время могут обратиться за художественной и популярной литературой, имеющейся в отделении, либо поиграть в шахматы. Также с удовольствием пациенты принимают участие в выращивании рассады цветов, и в дальнейшем в высадке их на клумбы.

В соответствии со стандартами специализированной медицинской помощи в стационарных условиях для больных с психическими расстройствами медицинские психологи проводят организованные социально – психологические тренинги (групповые формы), психокоррекционные мероприятия. Необходимо отметить, что лечение с помощью терапевтической среды имеет две главные тенденции: создание как можно больше положительных влияний, которые действовали бы положительно на психику пациента, и устранение либо ограничение до минимума отрицательных влияний, нарушающих гармонические функции нервной системы.

В рамках психореабилитации проводится работа с микросоциальным (семейным) окружением больных, например, в качестве оказания индивидуальной помощи в восстановлении документов либо решении вопросов трудоспособности. Проводится работа и по взаимодействию с близкими родственниками больных, привлечению их к реабилитационным мероприятиям. Одной из главных задач психосоциальной реабилитации ставится определение психически больных пациентов, оказавшихся по какой-либо причине без места жительства и не имеющих близких родственников, в социальные учреждения города и региона.

Психосоциальная реабилитация – процесс сложный, длительный, требующий соблюдения основных принципов: оптимизма в отношении достижения результата; уверенности в том, что даже незначительное

улучшение может привести к положительным изменениям и повысить качество жизни пациента; убеждённости, что мотивация к изменению своего положения может возникнуть не только благодаря специальным реабилитационным мероприятиям по отношению к больному, но и за счёт его собственных усилий.

Помимо перечисленных видов психореабилитации осуществляется комплекс индивидуальной социальной поддержки пациентов, например, оказание содействия в восстановлении документов, решении вопросов трудоспособности. Результатом психосоциальных реабилитационных мер мы ставим реинтеграцию (возврат) психически больных в общество, прикладывая усилия для того, чтобы пациенты с психическими расстройствами ощущали себя не менее полноправными гражданами, чем другие группы населения, и продолжали продуктивное социальное функционирование.

СТРУКТУРА ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, В УСЛОВИЯХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

Синявская И. А., Титиевский С. В.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Донецк

Аннотация. Нами обследованы 100 детей с расстройствами спектра аутизма (РАС), 30 здоровых детей и 30 детей с тревожно-фобическими расстройствами, проживающими в условиях ведения боевых действий в Донбассе. Психотравмирующие события оказывали влияние на страдающих аутизмом детей, однако их страхи в большей степени были сфокусированы на внутренних переживаниях. В результате применения разработанного нами лечебно-реабилитационного комплекса отмечено достоверное ($p < 0,05$) уменьшение у детей с РАС интенсивности страхов, связанных с музыкой и

бытовыми шумами, и, в целом, снижение интенсивности клинических проявлений тревожно-фобической симптоматики.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, тревожно-фобические расстройства, психосоциальный стресс, лечебно-реабилитационные мероприятия

THE STRUCTURE OF TREATMENT AND REHABILITATIONAL MEASURES FOR ANXIETY-PHOBIC DISORDERS IN CHILDREN SUFFERING FROM AUTISM SPECTRUM DISORDERS UNDER CONDITIONS OF PSYCHOSOCIAL STRESS

Sinyavskaya I.A., Titievskiy S.V.

Donetsk State Medical University, Russia, Donetsk

Abstract. We have examined 100 children with autism spectrum disorders (ASD), 30 healthy children and 30 children with anxiety-phobic disorders living in the conditions of military operations in Donbass. Psychotraumatic events had an impact on children with autism, but their fears were more focused on internal experiences. As a result of using of the treatment and rehabilitational complex, developed by us, a reliable ($p<0.05$) decrease in the intensity of fears associated with music and household noises and, in general, a decrease in the intensity of clinical manifestations of anxiety-phobic symptoms were noted in children with ASD.

Keywords: autism spectrum disorders, anxiety-phobic disorders, psychosocial stress, treatment and rehabilitational measures.

По данным ВОЗ, 1 ребенок из 160 страдает расстройством аутистического спектра (РАС). Высокая частота встречаемости, разнообразие клинической картины и сложность коррекционной работы делают РАС актуальной проблемой, привлекающей внимание специалистов различных отраслей научного знания. Как известно, РАС возникают вследствие атипичного развития головного мозга, что приводит к нарушениям в социально-

коммуникационной сфере, а также ограниченности интересов и повторяющимся стереотипным действиям [1]. В большинстве исследований продемонстрировано, что примерно половина детей с РАС соответствует критериям по крайней мере одного тревожного расстройства. Причем, тревожно-фобическая коморбидная патология значительно способствует усилению социальной дезадаптации таких пациентов. Раннее выявление и лечение коморбидной тревоги при РАС может способствовать более благоприятному прогнозу в отношении развития и курабельности депрессии, агрессии и самоповреждения у таких пациентов. Можно предположить, что больные, страдающие аутизмом, переживают дистресс особого характера в условиях ведения боевых действий в Донбассе.

Целью работы явились изучение тревожно-фобических состояний у детей с РАС в условиях ведения боевых действий в Донбассе и разработка лечебно-реабилитационного комплекса для детей, страдающих РАС с клинически очерченными тревожно-фобическими проявлениями.

Объекты и методы исследования. Нами обследованы три группы детей в возрасте от 3 до 8 лет, постоянно проживающих в условиях психосоциального стресса – ведения боевых действий в Донбассе. Группа 1 включала 100 детей с расстройствами спектра аутизма (исследуемая группа), группа 2 – 30 здоровых детей (контрольная группа), группа 3 – 30 детей с тревожно-фобическими расстройствами (группа сравнения). Контрольная группа и группа сравнения использовались для уточнения отличий характера тревожных проявлений у детей в условиях воздействия психосоциального стресса при РАС, психологических (здоровых) и невротических, с возникновением тревожно-фобической симптоматики, формах психогенного реагирования.

За всеми испытуемыми осуществлялось клиническое динамическое наблюдение. Для исследования использовались разработанная нами унифицированная клинико-эпидемиологическая карта изучения психических расстройств у детей, страдающих аутизмом (симптомы, включая страхи,

оценивалась по шкале от 0 до 3 баллов по двум параметрам: выраженность и интенсивность), шкала тревожности у дошкольников (Spence S.H., Rapee R., 1999), оценочная шкала раннего детского аутизма (CARS), психообразовательный профиль (дополненный) (PEP-R).

Результаты и их обсуждение. У здоровых детей контрольной группы обнаружено влияние хронического психосоциального стресса на психическое состояние обследованных в связи с длительным перенапряжением их компенсаторных механизмов, что клинически проявилось повышением уровня тревожности, боязливости: многое вызывает у них стресс, им снятся страшные сны, они боятся грома, грозы, войны, крови, стихийных бедствий, испытывают страх, что умрут сами и умрут их родители.

Дети же, страдающие РАС, демонстрируют парадоксальную реакцию на стрессовые ситуации: значительно эмоционально нагруженные события, которые, казалось, должны были бы вызывать выраженные эмоциональные реакции, не сопровождаются у них, тем не менее, никакими переживаниями.

Страхи, возникающие у здоровых детей, имели логическое объяснение. Кроме того, у здоровых детей при проведении коррекции и с возрастом страхи проходили. При РАС же страхи возникали как бы «на пустом месте», но были, при этом, стойкими и не поддавались коррекции. Нужно отметить, что психотравмирующие события оказывали влияние на страдающих аутизмом детей, однако их страхи в большей степени были сфокусированы на внутренних переживаниях, важных для них деталях, развивающихся по законам, известным им одним.

Нами установлено, что среднее значение общего балла тревожности в исследуемой группе составило 24,08 (SD = 11,62), а в группе 2 – 34,9 (SD = 14,47) (в ней уровень тревожности оказался достоверно ($p < 0,001$) выше). Общий бал тревожности у детей группы 3 составил 57,0 (SD = 14,48), что достоверно выше, чем у группы 1 ($p < 0,001$) и группы 2 ($p < 0,001$).

Таким образом, экспериментально-психологически определён факт

наличия большей тревожности у здоровых детей, в сравнении с больными аутизмом, в условиях переживаемого хронического психосоциального стресса, связанного с военными действиями в Донбассе, а дети с тревожно-фобическими проявлениями демонстрируют достоверно более высокие показатели общей тревожности по сравнению как со здоровыми детьми, так и с детьми исследуемой группы с РАС.

В целом, общий уровень тревожности у здоровых детей оказался достоверно выше, чем у группы детей с расстройствами спектра аутизма, хотя они не предъявляли жалоб на наличие тревоги. Можно предположить, что это связано с постоянным проживанием данных обследованных в условиях хронического психосоциального стресса, осознанием опасности, в которой они находятся, при адекватном к ней отношении. Группа детей с невротическими тревожно-фобическими расстройствами продемонстрировала тревожность достоверно выше, чем группа здоровых детей. В большей степени это определялось страхом телесных повреждений, что является понятным из-за полученного жизненного опыта в условиях постоянных боевых действий, при наличии невротического уровня реагирования на такой опыт.

Система лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей, страдающих расстройствами аутистического спектра, разрабатывалась для обследуемых контрольной группы, посещающих МДОУ компенсирующего типа № 11 «Колокольчик» г. Горловка (ДНР). Обследование проводилось при поступлении в детский сад и повторно – после осуществления комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, включавшего медикаментозную терапию (рисполепт по 0,5-1 мг в сутки постоянно, кортексин по 5мг (10 внутримышечных инъекций), цераксон по 300 мг в сутки в течение 1 месяца) и занятия с психологом (2 раза в неделю – всего 40 занятий) в виде компиляции стандартных методик Монтессори, Домана, PECS, с элементами кинезиологии, психогимнастики и релаксации.

При проведении данных занятий нами дополнительно применялось

влияние сенсбилизирующими стимулами, повышающими толерантность к воздействиям различной сенсорной модальности, для уменьшения связанных с указанными воздействиями тревожно-фобических проявлений: классической музыки без низких частот, сенсорного бассейна, тактильного панно, сенсорных ковриков, тактильных дорожек, сенсорных книжек, материалов для лепки, занятий со съедобными фруктами и овощами, изменения интенсивности освещения, ламп с визуальными эффектами. За всеми обследованными осуществлялось клиническое динамическое наблюдение.

Можно также сделать вывод о применимости принципов первичного воздействия при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) у детей и в случае наличия у них РАС (при достаточном для проведения когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) уровня интеллекта).

Отмечено различие между аберрантным усвоением угроз при ПТСР, возникающем в раннем детстве, и во взрослом возрасте. В то время как повышенная бдительность (гипервигилитет) и чувство укороченного будущего являются «центральными» симптомами, оказывающими огромное влияние на все остальные, как у подростков, так и у взрослых, у детей в качестве центральных проявляются симптомы избегания активности, а также физиологической реактивности [2]. Например, ребенок затрудняется идентифицировать медицинский персонал как безопасный, а не угрожающий.

Руководствуясь принципами КПТ и основанной на цикле конфликта модели кризисного вмешательства в жизненном пространстве (LCSI), работник психического здоровья может успешно провести вынужденное, «рыхлое» интервью с пациентом-ребенком с ПТСР в условиях отделения неотложной помощи [3]. Его вклад в разрядку или эскалацию ситуации можно увидеть на рисунке.



Рис.1.- Смешанная модель конфликта КПТ и кризисного вмешательства в жизненном пространстве (LCSI) [3].

Внешнее сплошное кольцо изображает цикл конфликта. При эскалации ребенок изо всех сил пытается получить доступ к мыслям и рефлекторно прибегает к неадаптивному избеганию и повторению предыдущего травматического опыта. Опытный, терпеливый интервьюер (Δ) помогает в регулировании посредством отвода, стратегической нереактивности, просоциальной рефлексии и подтверждения способностей ребенка. После регулирования у ребенка появляется больше доступа к мыслям, рассуждениям, решению проблем и, в конечном счете, обучению.

Кризисное вмешательство в жизненном пространстве (LSCI) - это основанная на работе головного мозга, травма-информированная, вербальная стратегия построения взаимоотношений, которая превращает кризисные ситуации в возможности обучения для молодых людей, демонстрирующих проблемное поведение. LSCI предоставляет педагогам, консультантам, социальным работникам, психологам, работникам по уходу за детьми и молодежью, родителям и другим оказывающим помощь взрослым систематический 6-этапный процесс перехода от стресса и конфликта к инсайту

и долгосрочному изменению поведения [4].

Во фрустрирующей ситуации общения взрослому слишком легко забыть, что единственный фактор, который он действительно может контролировать с ребенком, находящимся в беде, – это его собственная реакция. Когда обеспечена безопасность пациента, спокойный, сострадательный подход проецирует беспокойство и любопытство, регулирует как ребенка, так и интервьюера и способствует переосмыслению ситуации как менее угрожающей. Ребенку предлагают еду.

Стратегическое молчание взрослого и нереагирование на антисоциальное поведение позволяют избежать обратного связывания с циклом конфликта [3]. Ровное дыхание помогает пациенту успокоить свои сильные эмоции. Как только его поведение становится хоть немного регулируемым - и ни минутой раньше — взрослый обращается к нему с простым сообщением, состоящим из трех частей: «Я понимаю, что ты очень зол, но я не знаю, на что ты так зол. Мне бы очень хотелось услышать, что происходит с твоей точки зрения». Это заявление сразу же признаёт страдания пациента, выражает потребность узнать больше и готовность попытаться понять [4].

Следующее приглашение оформляет переход от отстраненности к пониманию и решениям: «Я могу сказать, что это серьезная ситуация для тебя. Она требует серьезного размышления о том, что будет тебе полезно» [4]. Взрослый использует рефлексивное слушание (вербальное и невербальное), намеренно и тонко формируя продуктивное общение, а также распознавая просоциальное поведение [3]. Вместо того, чтобы играть на неадаптивных попытках ребенка проецировать контроль над другими, взрослый подтверждает его способности и самоконтроль: «Хотя это и сложно, когда ты говоришь о подобной проблеме, из путаницы начинает появляться её смысл. Тебе удастся с ней справиться» [4].

Большинство вмешательств, ориентированных на молодежь, непосредственно сосредоточены на изменении проблемного и шаблонного

поведения детей [4]. Хотя это и естественный рефлекс исправления, данный состязательный подход в лучшем случае близорук, а в худшем – закрепляет проблемное поведение, что приводит к контртерапевтическим эффектам и дальнейшему недоверию к детям-пациентам с ПТСР и другим молодым людям с травматическим анамнезом. Эффективные изменения начинаются со взрослыми. Ребенок не должен испытывать недостатка в «жизненном материале» для взаимодействия и общения. Мягкий стиль воздействия не только позволяет разработать план безопасности, но также выявляет основные проблемы, лежащие в основе тревожного поведения пациента, открывая путь для дальнейшей амбулаторной работы.

Интервьюер в дальнейшем совместно с родителями моделирует для семьи уравновешенное общение, нейтралитет по отношению к провокациям, селективную и просоциальную рефлексивность и искреннее поощрение. Родители (опекуны) могут извлечь пользу из этого подхода с подтверждением, пониманием и состраданием относительно их собственных трудностей, связанных с заботой и наилучшей помощью своему ребенку.

В результате применения разработанного нами лечебно-реабилитационного комплекса отмечено достоверное ($p < 0,05$) уменьшение у обследованных интенсивности страхов, связанных с музыкой и бытовыми шумами, и, в целом, снижение интенсивности клинических проявлений тревожно-фобической симптоматики.

Заключение. Дети, страдающие РАС, демонстрируют парадоксальную реакцию на стрессовые ситуации: значительно эмоционально нагруженные события, которые, казалось, должны были бы вызывать выраженные эмоциональные реакции, не сопровождаются у них, тем не менее, никакими переживаниями. Психотравмирующие события оказывали влияние на страдающих аутизмом детей, однако их страхи в большей степени были сфокусированы на внутренних переживаниях, важных для них деталях,

развивающихся по законам, известным им одним. В результате применения разработанного нами лечебно-реабилитационного комплекса, включающего, при наличии интеллекта, достаточного для проведения КПТ, методику первичного воздействия при ПТСР у детей, отмечено достоверное ($p < 0,05$) уменьшение у обследованных интенсивности страхов, связанных с музыкой и бытовыми шумами, и, в целом, снижение интенсивности клинических проявлений тревожно-фобической симптоматики.

Литература / References:

1. Кунникова К.И., Котюсов А.И., Львова О.А. Особенности зрительного восприятия у младенцев с семейным риском расстройств аутистического спектра. Вестник офтальмологии. 2017;133(6):83-89. URL: <https://doi.org/10.17116/oftalma2017133683-89> (дата обращения 19.09.2024).
2. Russell J.D., Heyn S.A., Herringa R.J. Through a developmental lens: emerging insights to understand and treat pediatric PTSD. Am J Psychiatry. 2023;180(9):636-644.
3. Hazarika O.D., Herringa R.J. Tango Without Touching: Defusing Pediatric PTSD in the Emergency Department. Psychiatric Times. 2024;41(8):39-31.
4. Level 2: LSCI refresher course. Life Space Crisis Intervention. URL: <https://www.lsci.org/modules/stage-1-drain-off/> (дата обращения 19.09.2024).

ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ В ГБУЗ «КУЗБАССКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Смирнова О. С., Федоренко Т. В., Китов А. В.

ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

В современном мире всё большее значение придают информационным технологиям, которые могут оптимизировать работу врача, увеличить доступность и повысить качество оказываемой медицинской помощи пациенту.

Развитие информационных технологий в здравоохранении является одной из приоритетных задач для государства. На сегодняшний день телемедицина – это активно развивающееся направление.

Структура психиатрической службы Кемеровской области-Кузбасса включает пять психиатрических больниц, четыре психоневрологических диспансера, одно психонаркологическое отделение поликлиники, а также тринадцать психиатрических кабинетов. ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница» (далее ГБУЗ ККПБ) выполняет роль областного специализированного учреждения Кемеровской области-Кузбасса, оказывает консультативную помощь в сложных клинических случаях, госпитализирует труднокурабельных пациентов области.

В 2022 г. в рамках создания единого цифрового контура начал функционировать региональный портал телемедицинских консультаций Кемеровской области-Кузбасса. В ГБУЗ ККПБ на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации №965н от 30.11.2017 г., приказа Министерства здравоохранения Кузбасса №1356 от 13.09.2022 г. созданы локальные нормативные акты, где определены сферы ответственности каждого участника процесса. Назначены ответственные лица за организацию и проведение телемедицинских консультаций (далее – ТМК) с ролью администратора, диспетчера, врачей-консультантов и ответственного консультанта, который распределяет заявки согласно специфике и срочности. Определены график, время, порядок проведения и оформления результатов заключений. Это способствует оптимизации процесса на всех этапах.

ГБУЗ ККПБ проводит телемедицинские консультации как для медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «психиатрия», так и для медицинских организаций общесоматической сети Кемеровской области-Кузбасса.

За 2022 г. в ГБУЗ ККПБ было проведено – 17 ТМК с медицинскими организациями Кемеровской области-Кузбасса, в 2023 г. – 121 ТМК. За год

число ТМК увеличилось в 7 раз, что говорит о востребованности данного вида консультаций.

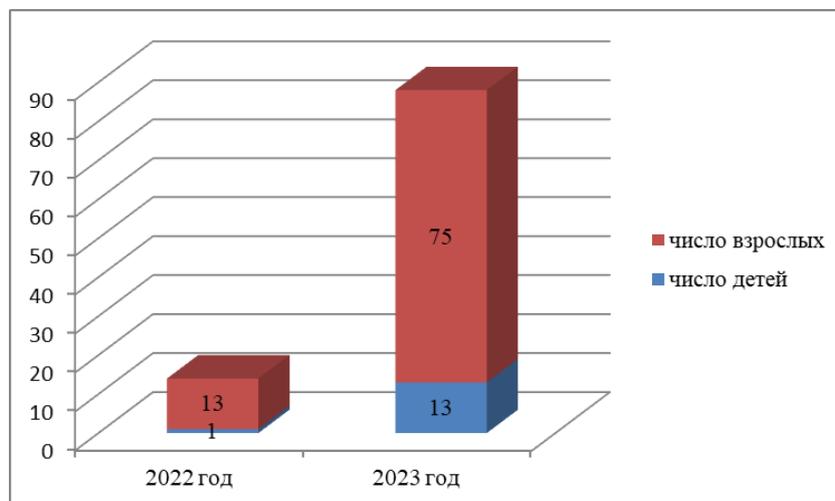


Рис. 1. - число пациентов, с подтвержденным диагнозом психические расстройства и расстройства поведения, которым проведены ТМК в 2022-2023 гг.

Из них, с установленным диагнозом психические расстройства и расстройства поведения, проконсультировано в 2022 г. – 14 пациентов (13 взрослых и 1 ребенок), в 2023 г. – 88 пациентов (75 взрослых и 13 детей). Остальным пациентам диагноз психические расстройства и расстройства поведения не подтвердился. Информация представлена на диаграмме №1.

При анализе ТМК по цели назначения выявлено, что

- 5 (42%) консультаций в 2022 г. и 29 (33%) в 2023 г. проведены для определения тактики лечения и методов диагностики.
- 2 (17%) в 2022 г. и 6 (7%) в 2023 г. - разбор клинических случаев с рекомендациями по тактике ведения пациента.
- 1 (9%) в 2022 г. и 26 (30%) в 2023 г. - определение (подтверждение) диагноза
- 6 (32%) в 2022 г. и 27 (30%) в 2023 г. - другое (согласование направления на госпитализацию, МСЭ). Информация представлена на диаграмме №2.



Рис. 2. - Цель консультаций в 2022-2023 гг.

Структура диагнозов пациентов, представлена в таблицах №1 и №2. Среди взрослых преобладает число пациентов с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами – 54,0% (7 пациентов) в 2022 г. и 53,0% (40 пациентов) в 2023 г. и органические, включая симптоматические психические расстройства – 46% (6) в 2022 г. и 32% (24 пациента) в 2023 г.

У детей в 2022 г. консультирован 1 пациент с диагнозом органическое, включая симптоматическое психическое расстройство – 100% (1), в 2023 г. преобладают пациенты с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами – 30,8% (4 пациента), умственной отсталостью – 30,8% (4 пациента), 21,3% (3 пациента) с диагнозом эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте.

По результатам ТМК были получены следующие рекомендации:

- назначена или скорректирована медикаментозная терапия: 6 пациентов (43%) в 2022 г. и 49 пациентов (56%) в 2023 г.
- рекомендовано дообследование: 3 пациентам (21%) в 2022 г. и 10 пациентам (11%) в 2023 г.
- направлено на МСЭ для оформления или усиления группы инвалидности: 2 пациента (14%) в 2022 г. и 9 пациентов (10%) в 2023 г.

- рекомендовано динамическое наблюдение в психоневрологическом диспансере: 2 пациента (14%) в 2022 г. и 11 пациентов (13%) в 2023 г.
- рекомендована госпитализация в ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»: 1 пациенту (7%) в 2022 г. и 7 пациентам (8%) в 2023 г. (диаграмма №6).

Таблица 1.

Структура диагноза у взрослых в 2022-2023 г.г.

Код по МКБ	структура диагнозов у взрослых	2022	%	2023	%
F00-F09	Органические, включая симптоматические психические расстройства	6	46	24	32,0
F10-F19	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ	-	-	2	2,7
F20-F29	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	7	54	40	53,0
F30-F39	Расстройства настроения (аффективные расстройства)	-	-	2	2,7
F40-F48	Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства	-	-	3	4,0
F60-F69	Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	-	-	1	1,3
F70-F79	Умственная отсталость	-	-	2	2,7
F80-F89	Расстройство психологического развития	-	-	1	1,3

По результатам анализа работы в региональной телемедицинской системе ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница» проработаны и скорректированы следующие моменты

1. «Технический» компонент: своевременная актуализация должности сотрудника в ФРМР, своевременная актуализация электронной цифровой подписи.

2. «Человеческий» компонент: часть процессов передана сотруднику с ролью оператора. Это позволяет снизить нагрузку на врача, оставив ему только клиническую часть.

Таблица 2.

Структура диагнозов у детей в 2022-2023 гг.

Код по МКБ	структура диагнозов у детей	2022	%	2023	%
F00-F09	Органические, включая симптоматические психические расстройства	1	100	1	7,7
F20-F29	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	-	-	4	30,8
F30-F39	Расстройства настроения (аффективные расстройства)	-	-	1	7,7
F60-F69	Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	-	-	-	-
F70-F79	Умственная отсталость	-	-	4	30,8
F90-F98	Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте	-	-	3	21,,3



Рис. 3. - Рекомендации по результатам ТМК.

Благодаря применению телемедицинских технологий повышается доступность медицинской помощи. Для пациента это возможность получить консультацию высококвалифицированного специалиста, если они проживают далеко от областного центра и имеют ограниченные возможности.

Для специалистов это повышение квалификации, получение недостающих знаний и опыта. В сложных клинических ситуациях – это возможность провести консилиум, когда несколько специалистов узкого профиля могут помочь пациенту и своим коллегам.

Литература/ References:

1. Москвина С.С., Рахматуллин А.Р., Яхина Р.Р. Организационные аспекты реализации национального проекта «Здравоохранение» в регионах Российской Федерации. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. Т.9. № 4.
2. Берсенева Е. Цифровизация здравоохранения: технологии и актуальные проблемы. Менеджмент качества в медицине. 2023. №4.
3. Зигангареева Г.Г., Королева О.И. Региональная модель организации телемедицинских консультаций в офтальмологии: проблемы и перспективы. Менеджер здравоохранения. 2023. №12.
4. Назарова Г. Искусственный интеллект в работе врача. Управление качеством в здравоохранении. 2024. №4.
5. Тяжелников А. А. Искусственный интеллект в амбулаторной службе. Московская медицина. 2024. №3.

ЛИЧНОСТНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Тагильцева Е. В., Наумова В. В., Рылина А. И.
*Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии
и клинической психологии*

*ФГБУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Новосибирск*

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 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

Tagiltseva E. V., Naumova V. V., Rylina A. I.

Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology

Novosibirsk State Medical University, Russia, Novosibirsk

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 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]. 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].

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]. 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].

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 для прохождения были предложены 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, методика «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, у 40,9% - средний уровень, у 25% женщин – высокий уровень приверженности к лечению.

В результате проведенного исследования были выявлены значимые различия между группой женщин с низким уровнем комплаентности и группой женщин с высоким и средним уровнем комплаентности.

Таблица 1.

Результаты сравнительного анализа по методике «Висбаденский опросник» (по критерию U Манна-Уитни).

	Средние значения		U	Z	Уровень значимости, p
	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, p
	Группа 1	Группа 2			
Эйфорический тип ПКГД	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, p
	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 ПКГД 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 ПКГД ($r=0,30$), 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 ПКГД, 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.

2. У группы женщин с высоким и средним уровнем комплаентности более выражен эйфорический тип ПКГД, семейный перфекционизм как фактор, взаимосвязанный с приверженностью к лечению.

3. Приверженность к лечению в целом и отдельные её компоненты взаимосвязаны с такими личностными характеристиками, как «Чистоплотность», «Надежда», «Время», а также с эйфорическим типом ПКГД, 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 ПКГД. 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.

Литература / References:

1. Деларю Н.В. Комплаентность 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. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) //Клиническая фармакология и терапия. 2018. № 27(1). С. 74-78.

4. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Сорокова М.Г. Стандартизация

опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» //Консультативная психология и психотерапия. 2016. №. 4. С. 97-125.

5. 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.

6. 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.

СОЦИАЛЬНЫЕ ТЕОРИИ АРТ-ТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА

Эфрат Гус

профессор, руководитель магистратуры по арт-терапии для социальных работников, Университете Бен-Гуриона (Беер-Шева, Израиль)

Аннотация. Хотя существует много литературы по арт-терапии в контексте травм и катастроф, практически нет ни одной публикации, посвященной рассмотрению того, как арт-терапия может применяться в ситуациях долгосрочных кризисов на уровне сообщества, в частности, такого кризиса, который вызван пандемией коронавируса. Эта всемирная пандемия создала новые сдвиги в парадигме арт-терапии в сторону более общинной, системной. В этой лекции будут рассмотрены основные теоретические и методологические разработки в этом направлении, чтобы обогатить набор инструментов арт-терапевтов, которые могут внести свой вклад в свои сообщества во времена кризисов и переходных периодов.

Ключевые слова: социальный кризис, социальная теория арт-терапии.

SOCIAL THEORIES OF ART THERAPY DURING THE CORONAVIRUS PANDEMIC

Ephrat Huss

*Professor, Chairs of an MA in Art Therapy for Social workers at Ben-Gurion
University of the Negev (Be'er Sheva, Israel)*

Abstract. While there is much literature on art therapy in contexts of trauma and disaster, there is less literature on how art therapy can engage with a long-term «shared reality» community level crises such as the current COVID-19 pandemic. This world-wide community pandemic has created new paradigm shifts within art therapy towards a more community, systemic and strengths-based art therapy, that has much enriched art therapy. This lecture will outline central theoretical and methodological developments in this direction, to enrich the tool kits of art therapists to contribute to their communities in times of crises and transition.

Keywords: art therapy, pandemic, social crisis, social theory

Введение. В настоящее время пандемия коронавируса заставляет нас осмыслить то, какое влияние коронавирус оказывает на людей и сообщества, провоцируя повышение напряжения и социальные кризисы, а также то, какую роль при этом может иметь арт-терапия. Мы знаем, что арт-терапия выступает средством психологического воздействия, психотерапии, что она может использоваться в ситуации личностных кризисов. В то же время, я хотела бы обратить внимание на ее роль в ситуации общественного кризиса. Причем, это такой кризис, который не происходит где-то там, вдали от нас, а затрагивает непосредственно нас, арт-терапевтов и клиентов. Этот кризис затрагивает наше представление о себе и мире. Это разделяемый нами всеми кризис реальности, то, что все мы переживаем совместно, что оказывает влияние на наши представления о мире.

Какую роль арт-терапевты, арт-терапия могут сыграть в преодолении этого коллективного кризиса реальности? Намерены ли мы и далее оставаться в

нише привычной арт-терапевтической деятельности, или готовы выйти в более широкую общественную среду и начать решать те задачи, с которыми работают социологи, специалисты по социальной работе? Что особенного может дать искусство сообществу в период социального кризиса, вызванного пандемией? Можем ли мы как арт-терапевты повлиять на восприятие людьми себя и сообщества в целом?

Я хочу рассмотреть примеры влияния арт-терапии на ситуацию общественного кризиса. Будут показаны арт-терапевтические интервенции в общественную среду, такие интервенции, которые связаны с представлениями позитивной психологии, поддерживают эффективные копинг-стратегии, коммуникацию, позитивный образ сообщества, поиск смыслов жизни.

Арт-терапия в ситуации социальных катаклизмов

Я хочу начать с пояснения того, как пандемия влияет на атмосферу в обществе. Она вызывает переживание одиночества, приводит к разделению людей, утрате чувства уверенности – уверенности экономической, а также связанной со здоровьем, вызывает тревогу, потери привычного порядка жизнедеятельности и привычных ролей. На уровне семьи пандемия также стимулирует реорганизацию семейной системы. Например, это касается снижение контактов с пожилыми людьми, ограничения выходов детей и подростков на улицу, в социальную среду. Это также повышает уровень напряжения в семье, возможно провоцирует насилие, в частности, в отношении женщин.

На индивидуальном психологическом уровне вследствие пандемии имеет место травматический опыт, поскольку люди теряют близких, работу, здоровье. Пандемия сопряжена с хроническим стрессом. Это также усугубляет те психологические проблемы и проблемы, связанные с психическим здоровьем, которые наблюдались до пандемии. На ее фоне начинают более отчетливо проявляться те психологические дефициты, которые имелись у личности.

Таким образом, пандемия сопровождается проявлением проблем

индивидуального психологического характера, а также проблем на уровне семьи и социума. Каким же образом искусство может помогать в этой ситуации? Искусство дает людям ощущение контроля. Человек чувствует, что он может контролировать пространство рисунка, может создавать что-то и при этом быть успешным. Во-вторых, занимаясь изобразительной деятельностью, изображая свои переживания, человек может создавать порядок. Он также может описывать словами то, что переживает. Он может организовать свой опыт. В-третьих, благодаря занятиям искусством человек может сконцентрироваться на внутренних и внешних ресурсах. И наконец, через занятия творческой деятельностью человек может установить контакт с окружающими. Он может предъявить продукты своего творчества другим. Это очень важно в ситуации изоляции.

Мы можем по-новому использовать среду, занимаясь арт-терапией, применяя изобразительные материалы и создавая изобразительную продукцию в арт-центре, в социальном пространстве, в интернете. Можно было бы привести многочисленные примеры использования арт-терапии, изобразительного искусства в удаленном режиме общения. Так, можно демонстрировать на расстоянии свои рисунки, среду собственной квартиры, те или иные предметы. Можно по-разному вносить изобразительное искусство в онлайн-общение, устанавливая контакт, общаясь с теми, кто находится на большом удалении, кто испытывает одиночество. Мы можем использовать искусство для формирования сообщества, внесения в общественную среду нашего телесного, эмоционального опыта и смыслов. Даже если мы не можем общаться непосредственно на телесном уровне, посредством искусства мы можем обогащать контакты между людьми.

Мы можем предлагать людям вести дневники, создавать наброски, посредством чего они могут упорядочивать свою жизнь. Если они не могут заниматься привычной деятельностью, например, ходить на работу, то они могут выполнять регулярно какую-то творческую работу. Они могут

передавать свой опыт и делиться им. Это все те формы работы, которые помогают поддерживать социальные связи, дух общности.

Мы также можем создавать онлайн сообщества, документировать жизни. Хочу показать некоторые примеры рисунков, созданных беженцами. Это беженцы из африканских стран, которые прибыли в Израиль. Проблемы беженцев также является сейчас серьезной проблемой для европейских стран. Искусство помогает создать общую реальность для многих людей, формировать связную картину мира. Через искусство мы можем быть приобщены к историям людей.

Очень важно, что, переживая пандемию, люди могут убеждаться, что они не одиноки, и что многие другие также имеют похожий опыт. Посредством создания рисунков и историй, отражающих травматический опыт беженца, люди могут избавляться от тягостных переживаний. Те переживания, которые человек держал в себе, становятся достоянием общества. Это то, что способно делать искусство, создавать общую историю, общую картину мира.

Я занимаюсь с группой пожилых людей. Они встречаются каждую неделю и показывают друг другу фотографии, отражающие события их жизни на регулярной основе. Группа встречается в zoom, что позволяет демонстрировать и обсуждать фотографии на расстоянии. Все фотографии в совокупности позволяют создать нечто похожее на коллаж. Это может быть ярким примером коллективной интервенции через искусство.

Искусство позволяет затрагивать системные закономерности и проблемы, например, позволяет выражать опыт членов семьи, связанный с насилием. Не знаю, насколько это характерно для России, но в Израиле на фоне пандемии отмечается резкий всплеск домашнего насилия, поскольку люди оказались запертыми дома и не ходили на работу, были изолированы. На этом фоне мы можем использовать искусство, помогая, например, детям переключить свое внимание на игру и создание рисунков. Мы можем предлагать изображать то, как люди переживают ситуацию, находясь в семье, как они воспринимают

семейную атмосферу. Можно передавать на рисунках, как изменилась ситуация в семье вследствие пандемии, и какие ресурсы имеются у семьи. От хаоса можно двигаться к более упорядоченной картине семейной жизни. Члены семьи могут вместе смотреть рисунки, повествующие об их совместной жизни. Этим можно заниматься и в режиме онлайн, и на базе общинных центров. Можно создавать повествования о семейной жизни, когда в этом участвуют все члены семьи.

Используя искусство, можно также передавать опыт конфликта ненасильственным путем. Взрослые могут передавать посредством рисунков и рассказов, что такое коронавирус. Для подростков, которые очень болезненно воспринимают изоляцию, занятия изобразительным искусством – это способ самовыражения и общения. Мы можем направить их творческую энергию, жизненную активность, в продуктивное русло.

На индивидуальном же уровне занятия изобразительным искусством могут помогать выражать чувства, связанные с восприятием других людей и социальных ситуаций, например, связанных с пребыванием в закрытой среде дома. Занятия искусством в рамках краткосрочных интервенций помогают актуализировать ресурсы. Это часто подчеркивается, когда речь идет об арт-терапии. Она позволяет не только изображать проблемные ситуации, но и пути их преодоления. Благодаря творчеству, члены семьи имеют возможность больше времени проводить вместе и более тесно общаться, преодолевая чувство одиночества, обретая возможность по-новому оценить ситуацию на основе помощи другим людям.

Искусство может применяться для отреагирования напряжения, поиска путей решения проблем. Это важно, если речь идет о социальной арт-терапии. Мы не можем оставить людей с их переживанием напряжения. Необходимо показать путь решения проблем, определенный способ совладания с ситуацией. Это можно делать, занимаясь с группой онлайн или участвуя в занятиях на базе общинного центра. Можно даже устраивать выставки работ участников занятий

на базе социального центра или на базе больницы. Это позволяет видеть, как разные люди справляются со стрессом, учиться друг у друга.

Переживая социальный кризис, люди могут начать воспринимать себя в качестве экспертов, знающих как с ним можно справиться. Они являются такими же экспертами, как и психотерапевт. Таким образом, люди вместе могут лучше понять, что такое стресс пандемии, и как с ним можно справиться. Судя по имеющимся данным исследований, мы можем заключить, что изобразительное искусство является важнейшим средством совладания со стрессовыми ситуациями социального кризиса. Индивидуальный опыт преодоления со стрессом может быть обобщен, давая широкую картину возможностей.

Заключение. Ситуация пандемии обостряет прошлые проблемы и добавляет новый травматический опыт, но, в то же время, создает условия для того, чтобы проработать эти прошлые нерешенные и новые сложные ситуации. Я хотела бы закончить свое выступление, приглашая коллег подумать о том, как искусство может помочь людям в ситуации пандемии поддерживать дух живого сообщества, свою творческую идентичность, более ясно понимая уникальные достоинства искусства в ситуации социального стресса. Мы можем признать, что арт-терапия обладает значительным потенциалом в качестве инструмента социальной терапии. Мы не отказываемся от ее прежних достижений и возможностей, но добавляем в нее новое направление работы, связанное с работой с сообществом. Мы можем признать арт-терапию в качестве значимого фактора в ситуации социального кризиса.

ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОМА НА ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Яковлев А. С., Яковлева А. А.

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

Аннотация. В данном обзоре предпринята попытка проанализировать результаты исследований, посвящённых изучению взаимосвязи между составом кишечной микрофлоры и психическим здоровьем человека, в частности, с точки зрения развития аффективных расстройств. Большое количество случаев депрессии, наблюдаемых в клинической практике, представляет собой проблему для исследователей, которые стремятся глубже понять причины и механизмы развития этого заболевания. Поскольку депрессия связана с нервной системой, большинство исследований были сосредоточены на поиске биохимических и молекулярных основ заболевания, особенно в структурах мозга, ответственных за появление симптомов. Однако кишечная микробиота оказывает значительное влияние на функционирование нервной системы. Она участвует в синтезе нейромедиаторов, способствует миелинизации нейронов в префронтальной коре, а также влияет на развитие миндалина и гиппокампа.

Ключевые слова: депрессия, аффективные расстройства, нарушение психобиотики, хронический стресс, кишечной микрофлоры.

INFLUENCE OF THE INTESTINAL MICROBIOME ON HUMAN EMOTIONAL STATES

Yakovlev A. S., Yakovlev A. A.

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

Abstract. The article attempts to analyze the results of studies devoted to the

study of the relationship between the composition of the intestinal microflora and human mental health, in particular, in terms of the development of affective disorders. A large number of cases of depression observed in clinical practice is a problem for researchers who seek to better understand the causes and mechanisms of this disease. Since depression is associated with the nervous system, most studies have focused on finding the biochemical and molecular basis of the disease, especially in the brain structures responsible for the appearance of symptoms. However, the intestinal microbiota has a significant impact on the functioning of the nervous system. It is involved in the synthesis of neurotransmitters, promotes myelination of neurons in the prefrontal cortex, and also affects the development of the amygdala and hippocampus.

Keywords: depression, affective disorders, psychobiotic disorder, chronic stress, intestinal microflora.

В организме человека присутствует огромное разнообразие микробиоты. Недавно была признана важность микробных сообществ для физиологии организма.

В настоящее время появляются доказательства того, что двунаправленная связь между центральной нервной системой и желудочно-кишечным трактом может влиять на нервы, когнитивные способности и поведение человека через ось кишечник-мозг (ГВА). Хотя связь между энтеропатией и неврологическими заболеваниями была обнаружена, теперь кажется, что кишечные микроорганизмы представляют собой прямого медиатора психопатологии.

В последние годы возрастает количество исследований, подтверждающих возможные взаимосвязи между употреблением определенных продуктов питания и риском развития депрессивных расстройств.

Депрессия, происходящая от латинского слова «depressio», что означает «подавление» или «угнетение», представляет собой серьезное психическое расстройство, характеризующееся торможением всех психических процессов и

переживаемое субъективно как болезненное состояние. Симптомы депрессии включают в себя снижение настроения (гипотимию), нарушение мыслительной функции, изменение поведения, чувств, мотивации и общего ощущения благополучия.

В настоящее время депрессия рассматривается как болезнь цивилизации, что обусловлено её широким распространением и частотой встречаемости, особенно в обществах с высоким уровнем развития. Во всем мире около 300 миллионов человек, то есть 4,4% населения земного шара, страдают от депрессии (Исследование глобального бремени болезней 2015 года). Систематика и классификация аффективных расстройств в настоящее время составляет не вполне решенную проблему. Согласно Руководству по диагностике и статистике психических расстройства (пятое издание; DSM-5), диагноз глубокой депрессии требует наличия пяти или более симптомов в течение двухнедельного периода [2, С. 544].

Одним из этих симптомов должно быть либо подавленное настроение, либо ангедония (потеря интереса или удовольствия), в то время как другие включают изменения аппетита или веса, трудности со сном, снижение способности думать или концентрироваться, усталость или потерю энергии, чувство никчемности или чрезмерной вины и склонность к самоубийству, что в свою очередь является важной проблемой не только медицины, но и всего человечества [5, С. 73].

Многие исследования *in vivo* и клинические исследования продемонстрировали значительную роль стресса в развитии депрессии [4, С. 450]. В дополнение к вышесказанному, значительная роль также отводится иммунной системе, которая в периоды чрезмерно активированных стрессовых реакций, среди прочего, негативно влияет на герметичность кишечного барьера и кишечную микробиоту. Кишечный барьер представляет собой структуру, которая включает микробиоту и продуцирующие слизь эпителиальные клетки кишечника, соединенные плотными соединениями. Одним из строительных

блоков кишечного барьера является пластинка роговица, которая содержит клетки иммунной, лимфатической, нервной и кровеносной систем.

Благодаря ряду исследований о влиянии кишечной микрофлоры на формирование психического здоровья становится ясно, что количественный и качественный состав микробиоценоза кишечника связан с такими расстройствами как: депрессия, тревожные расстройства, анорексия, аутизм, болезнь Альцгеймера и др. Также известно, что между кишечником и мозгом происходит постоянный обмен нервными и биохимическими сигналами [1, С.205].

В свете вышеизложенного представляется очень важным представить и связать эти аспекты в патомеханизме депрессии. В доступной литературе отсутствуют данные об одновременных нарушениях в функционировании нарушения кишечного барьера, вызванные повышенной активностью иммунной системы в ответ на стрессовые факторы. В литературе также отсутствуют данные о влиянии кишечной микробиоты на нервную систему с учетом разнонаправленных факторов, влияющих на проявление депрессии.

Следствием изучения механизмов, связанных с патофизиологией депрессии, является поиск новых лекарств и терапевтических стратегий в отношении этого заболевания, поскольку современные методы лечения, хотя и медленно дополненные новыми препаратами, в последние годы — все еще неудовлетворительны [7, С. 285].

Проблема взаимосвязи между пищеварительной и нервной системами была впервые сформулирована академиком И.П. Павловым. В последние годы микробиом кишечника привлекает все большее внимание исследователей, так как микробиота может иметь специфическую и сложную перекрестную взаимосвязь с человеком, особенно с центральной нервной системой (ЦНС), создавая так называемую «ось кишечник - мозг». Более того, дисбаланс в составе микробиоты кишечника модулирует иммунную систему и функцию тканевых барьеров, таких как гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) [11].

Нарушение состава микрофлоры кишечника происходит по множеству причин, основными из которых являются: гормональный дисбаланс в организме, употребление алкоголя, неправильное питание, гиподинамия, хронические воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта.

Все вышеперечисленные факторы резко сокращают количество бифидобактерий и бактерий, продуцирующих бутират, который способен проникать через ГЭБ и оказывать подобный антидепрессантам эффект. Также нарушают микробиоту кишечника длительный прием антибактериальных препаратов, цитостатиков, острый и хронический стресс, нарушение внутренних биоритмов организма [9, 10].

Кишечная микробиота оказывает значительное влияние на процессы, связанные с синтезом нейромедиаторов, миелинизацией нейронов в префронтальной коре, а также участвует в развитии миндалина и гиппокампа. Кишечные бактерии также являются источником витаминов, дефицит которых, как полагают, связан с реакцией на антидепрессантную терапию и может привести к обострению депрессивных симптомов [6, С. 26].

Применение метода полного секвенирования с использованием генетической платформы Illumina позволило обнаружить взаимосвязь между профилем кишечной микрофлоры и тревожно-депрессивными расстройствами: бактерии рода *Alistipes* были избыточно представлены на фоне стресса, депрессии, тревоги, а бактерии рода *Oscillobacter*, продуцирующие валериановую кислоту, преобладали в профиле кишечной микробиоты только у пациентов с депрессией. Примечательно, что валериановая кислота микробного происхождения, конкурентно связываясь с ГАМК-рецепторами, усиливает дисбаланс в ГАМК-ергической системе головного мозга, характерный для пациентов с депрессией [3, С. 255].

Сейчас большинство лекарств для лечения депрессии только облегчают симптомы заболевания и часто обременены многочисленными побочными эффектами. В ходе последних исследований пробиотических бактерий

(психобиотиков) было выявлено, что их употребление в соответствующих количествах оказывает положительное влияние на психическое здоровье. Несмотря на это пробиотические препараты до сих пор не включены в стандарты лечения психических заболеваний [8, С.239]. Психобиотики, модулируя микрофлору кишечника, снижают уровень кортизола в крови и увеличивают выработку серотонина.

В настоящее время известны различные виды бактерий, которые обладают психобиотическим действием и содержатся в различных пробиотиках (*Lactobacillus helveticus*; *Bifidobacterium longum*; *Lactobacillus casei*; *Lactobacillus reuteri*; *Lactobacillus rhamnosus*; *Bifidobacterium infantis*.)

Заключение. Как «микробные органы» человеческого тела, кишечная флора участвует в различных физиологических процессах и регулирует механизмы сна и эмоции через нервные, эндокринные, иммунные и метаболические пути. Хотя наше понимание кишечника и нервной системы недостаточно полное, данные показывают, что кишечная микрофлора может играть важную ключевую роль во взаимодействии между кишечником и нервной системой. Этот вид связи может воздействовать на ВН, нейроэндокринную систему, центральные нейротрансмиттеры и воспалительные факторы.

Новые исследования также показывают, что диета является возможным регулятором микрофлоры и потенциальным лекарством от различных неврологических заболеваний. У нас все еще нет крупномасштабных клинических экспериментальных исследований нервов мозга и кишечной флоры.

В будущем потенциал терапевтических преимуществ относительно простых диетических вмешательств в нейропсихиатрии должен быть в центре более глубоких исследований, поскольку он предлагает возможность улучшения состояния пациентов с расстройствами настроения и поведения, такими как аутизм и депрессия, а также пациентов с нейродегенеративными

заболеваниями. Более подробная и всесторонняя оценка диетического потребления также должна быть сделана в отношении психотропных веществ.

Исследования микробиоты кишечника развиваются очень быстро и показывают, что существует значительная корреляция между функционированием пищеварительной, нервной и иммунной систем. Таким образом, можно сделать вывод, что кишечная микробиота объединяет все теории, связанные с патогенезом депрессии.

Вышеупомянутое обоснование реализуется за счет вовлечения микробиоты в синтез серотонина и его значительного участия в процессе обеспечения непрерывности кишечного барьера. Существуют также доказательства того, что метаболиты кишечной микробиоты потенциально связаны с развитием депрессии.

В практике врача-психиатра довольно часто встречаются аффективные расстройства, поэтому необходимо помнить о разнообразии этиологических факторов и патогенезах развития депрессии. Важнейшими задачами клинической медицины в этой связи является изучение новых феноменов, связанных со здоровьем и благополучием человека, а также разработка новых методов для их изучения, профилактики и лечения.

Литература/ References

1. Carabotti, M.; Scirocco, A.; Maselli, M.A.; Severi, C. The gut-brain axis: Interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. *Ann. Gastroenterol.* 2015, 203–209.

2. De Zwart, P.L.; Jeronimus, B.F.; De Jonge, P. Empirical evidence for definitions of episode, remission, recovery, relapse and recurrence in depression: A systematic review". *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2019, 544–562.

3. Schaub, A.C., Schneider, E., Vazquez-Castellanos, J.F. et al. Clinical, gut microbial and neural effects of a probiotic add-on therapy in depressed patients: a randomized controlled trial. *Transl Psychiatry* 2022.

4. Herbet, M.; Korga, A.; Gawrońska-Grzywacz, M.; Izdebska, M.;

Piątkowska-Chmiel, I.; Poleszak, E.; Wróbel, A.; Matysiak, W.; Jodłowska-Jędrych, B.; Dudka, J. Chronic Variable Stress Is Responsible for Lipid and DNA Oxidative Disorders and Activation of Oxidative Stress Response Genes in the Brain of Rats. *Oxid. Med. Cell. Longev.* 2017.

5. Tolentino, J.C.; Schmidt, S.L. DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. *Psychiatr. Front.* 2018.

6. Trzeciak, P.; Herbet, M. Role of the Intestinal Microbiome, Intestinal Barrier and Psychobiotics in Depression. *Nutrients* 2021.

7. Zhang, J.; Huen, J.M.Y.; Lew, B.; Chistopolskaya, K.; Talib, M.A.; Siau, C.S.; Leung, A.N.M. Depression, Anxiety, and Stress as a Function of Psychological Strains: Towards an Etiological Theory of Mood Disorders and Psychopathologies. *J. Affect. Disord.* 2020, 279–285.

8. Олескин А. В., Шендеров Б. А. Пробиотики, психобиотики и метабиотики: проблемы и перспективы // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2020. №3, 233 – 243.

9. Nieuwdorp M., Gilijamse P.W., Pai N. et al. Role of the microbiome in energy regulation and metabolism // *Gastroenterology.* 2014. Vol. 146. P. 1525–1533. 73.

10. Odenwald M.A., Turner J.R. Intestinal permeability defects: is it time to treat? // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2013. Vol. 11. P. 1075–1083. 74.

11. O’Hara A.M., Shanahan F. The gut flora as a forgotten organ // *EMBO Rep.* 2006. Vol. 7. P. 688–693.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Авин Александр Иванович, к.м.н., доцент, доцент кафедры общей психологии, Белорусский государственный университет, Республика Беларусь, г. Минск

Акименко Галина Васильевна, к.ист.н., доцент, доцент кафедры клинической психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Алиев Бурхан Артурович, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, соискатель степени PhD, Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Алмагамбетова Алия Абдуллаевна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Аскарова Роза Исмаиловна, старший преподаватель, кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии, Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал, Республика Узбекистан, г. Ургенч

Бабарахимова Сайёра Бориевна, психиатр, психотерапевт, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Бабура Елена Васильевна, главный врач Психиатрической больницы №1 Минздрава России, Россия, ДНР, г. Макеевка

Байжуманова Райгул Максуткановна, врач-психиатр, Коммунальное Государственное предприятие на Праве хозяйственного Ведения «Областной Центр Психического здоровья» Управления Здравоохранения Области Абай, Республика Казахстан, г. Семей

Байкеев Рустем Фрунзевич, д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Казань

Бакун Николай Николаевич, аспирант, Государственное учреждение образования «Академия последиplomного образования», Республика Беларусь, г. Минск

Баянбекова Сагыныш Бакытбеккызы, врач-резидент 1 года обучения кафедры психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Белоногов Максим Елеанович, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Бикмуллин Тимур Габдулгазизович, врач-психиатр, ООО «ИМИН», Россия, г. Казань

Богданов Ярослав Вячеславович, врач психиатр высшей категории, ГБУЗ Кузбасская клиническая психиатрическая больница, Россия, г. Кемерово

Бондарева Елена Владимировна, старший преподаватель кафедры общей психологии, Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Бондарчук Олеся Алексеевна, преподаватель кафедры общая психология, Национальный Университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Богушевич София Павловна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет, Социально-психологический институт, Россия, г. Кемерово

Бороздин Андрей Викторович, врач психиатр, Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер, Россия, г. Воронеж

Вертынская Лидия Александровна, старший преподаватель кафедры социальной и семейной психологии Института психологии БГПУ, Учреждение образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка», Республика Беларусь, г. Минск

Говорова Галина Мариановна, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Головня Светлана Васильевна, преподаватель кафедры психологии УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина», Республика Беларусь, г. Брест

Горшкова Ольга Александровна, клинический психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Данилова Наталья Степановна, старший преподаватель, кафедра социальной и семейной психологии Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка, Институт психологии, Республика Беларусь, г. Минск

Данькина Илона Альбертовна, доцент кафедры акушерства и гинекологии
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени
М. Горького» Минздрава России, Россия, г. Донецк

Дементьева Галина Сергеевна, заведующий диспансерно-поликлиническим
отделением, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический
наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия,
г. Кемерово

Диц Марина Владимировна, ГБУЗ «Киселевский психоневрологический
диспансер» Минздрава России, г. Киселевск

Дороженок Игорь Юрьевич, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии и
психосоматики ИКМ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет) Минздрава России, Россия,
г. Москва

Дубская Юлия Владимировна, заведующий кабинетом профилактики
наркологических расстройств, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский
клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Зорохович Ирина Ивановна, заместитель главного врача по медицинской
части, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени
профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Иванова Анжелика Владимировна, медицинский психолог, ГБУЗ
«Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора
Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Какимова Анель Шарипкалиевна, врач-резидент 1 года обучения кафедры
психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей»,
Республика Казахстан, г. Семей

Капица Алена Александровна, аспирант, кафедра педагогики, психологии,
дефектология, Донской Государственный Технический Университет, Россия,
Ростов-на-Дону

Капров Анатолий Михайлович, д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Казанский
Государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия,
г. Казань

Каримов Расулбек Хасанович, к.м. н., доцент, Кафедра патоморфология.
Ургенчский филиал. Ташкентская медицинская академия. Республика
Узбекистан, г. Ташкент

Карпова Эльвира Борисовна, к.психол.н., доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций, Санкт-Петербургский государственный университет, Россия, г. Санкт-Петербург

Киворкова Александра Юрьевна, к.психол.н., медицинский психолог, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Архангельск

Киржанова Валентина Васильевна, д.м.н., ведущий научный сотрудник Национального научного центра наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, Россия, г. Москва

Кирина Юлия Юрьевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кириченко Елена Анатольевна, врач-психиатр, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Козлов Михаил Юрьевич, медицинский психолог, ГБУЗ ПКБ №4 им П.Б. Ганнушкина ДЗМ Минздрава России, Россия, г. Москва

Колотилина Ольга Владимировна, врач-психиатр, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Колпакова Юлия Валерьевна, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кормилина Ольга Михайловна, главный врач, Новосибирский областной клинический наркологический диспансер Минздрава России, Россия, г. Новосибирск

Кошкин Егор Анатольевич, младший научный сотрудник ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ» Минздрава России, Россия, г. Москва

Кошкина Евгения Анатольевна, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ» Минздрава России, Россия, г. Москва

Красноперова Анастасия Олеговна, врач-психиатр-нарколог, заведующий отделением, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кремлева Ольга Владимировна, д.м.н., профессор, кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург

Критинина Виктория Сергеевна, Частное образовательное учреждение высшего образования «Московский университет имени С.Ю. Витте», Россия, г. Москва

Курязов Акбар Курамбаевич, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой стоматологии, Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал. Республика Узбекистан, г. Ургенч

Лопатин Андрей Анатольевич, д.м.н. профессор, главный нарколог Минздрава РФ по Сибирскому федеральному округу, главный внештатный специалист ДОЗН, главный врач ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Лукашук Юлия Васильевна, магистрант кафедры психологии, направление психологического консультирования, ФГБОУ ВО «Херсонский государственный педагогический университет», Россия, г. Херсон

Люлина Ирина Леонидовна, заведующий областным химико-токсикологическим наркологическим центром, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Мингазов Ильдар Файзрахманович, специалист по связям с общественностью, Новосибирский областной клинический наркологический диспансер Минздрава России, Россия, г. Новосибирск

Молдагалиев Тимур Муратович, доктор PhD, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Мухаметова Алсу Илдаровна, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, г. Ижевск

Никитин Павел Игоревич, заместитель главного врача, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Никитина Ольга Сергеевна, старший преподаватель кафедры нормальной физиологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

Никонов Дмитрий Александрович, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической службе БУЗ Омской области «Наркологический диспансер», Россия, г. Омск

Никитин Павел Игоревич, заместитель главного врача, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» 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.

Оспанова Наргуль Наримановна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Переверзев Владимир Алексеевич, д.м.н, профессор, заведующий кафедрой нормальной физиологии, УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

Переверзева Елена Вячеславовна, к.м.н., доцент, доцент кафедры патологической физиологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

Пискарева Ольга Ивановна, заведующий отделением, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Полянская Лилия Владимировна, врач психиатр, Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер, Россия, г. Воронеж

Помыткина Татьяна Евгеньевна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой поликлинической терапии, последипломной подготовки и сестринского дела ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Пономаренко Юлия Алексеевна, студент, Национальный Университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Поплевченков Константин Николаевич, старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, г. Москва

Правдивцев Виталий Андреевич, д.м.н., профессор, профессор кафедры нормальной физиологии «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Смоленск

Побережная Наталья Викторовна, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава России, Россия, ДНР, г. Донецк

Прихода Игорь Викторович, д.пед.н., к.м.н., доцент, профессор кафедры психологии и конфликтологии, ФГБОУ ВО «Луганский государственный университет имени Владимира Даля», Россия, ЛНР, Россия, г. Луганск

Пчелинцева Евгения Владимировна, к.пед.н., доцент, кафедра госпитальной терапии, ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, г. Иваново

Рахимова Гулжоной Кодирбергановна, ассистент, кафедра социально-гуманитарных наук. Турткуль филиал. Ташкентский университет гуманитарных языков, Республика Каракалпакистан, г. Турткуль

Рохмистрова Надежда Сергеевна, младший научный сотрудник, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Рублева Ольга Петровна, заведующий телефоном доверия, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Рубцова Ольга Сергеевна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Рузибаев Рашид Юсупович, доктор медицинских наук, профессор кафедры кафедры хирургии и трансплантологии, Ургенчский филиал. Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ургенч

Садартдинов Сергей Фаритович, заведующий кабинетом судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Самсонова Галина Михайловна, заведующая отделом, врач-статистик, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Смирновская М.С., научный сотрудник ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ» Минздрава России, Россия, г. Москва

Сапаева Шарофат Аминовна, к.м.н., доцент, Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал. Республика Узбекистан, г. Ургенч

Сафарбаев Бобурбек Бахтиёрович, психолог, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, г. Ургенч

Селедцов Александр Михайлович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Семёнов Владимир Александрович, д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Синявская Инна Александровна, аспирант кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава России, г. Донецк

Скиртач Ирина Анатольевна, к.психол.н., доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии, Южный федеральный университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

Сквира Иван Михайлович, д.м.н., доцент, заведующий курсом психиатрии, Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

Скляр Павел Петрович, д.психол.н., к.м.н., профессор кафедры психологии и конфликтологии, ФГБОУ ВО «Луганский государственный университет имени Владимира Даля», Россия, ЛНР, Россия, г. Луганск

Смирнова Елена Сергеевна, старший преподаватель кафедры психологии, содержания и методов воспитания, Государственное учреждение образования «Академия последипломного образования», Республика Беларусь, г. Минск

Смирнова Светлана Игоревна, к.психол.н., доцент, доцент кафедры клинической психологии, психологии и педагогики, ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Киров

Синкина Ольга Анатольевна, главный врач ГБУЗ «Киселевский психоневрологический диспансер» Минздрава России, г. Киселевск

Соловьева Светлана Леонидовна, д.психол.н., профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, Россия, г. Санкт-Петербург

Сулейманов Шухрат Рахимович, к.м.н., старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Сухарев Сергей Валерьевич, врач психиатр-нарколог, высшая категория, Ангарский филиал ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер», Россия, г. Ангарск

Тарасова Ирина Витальевна, врач психиатр, Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер, Россия, г. Воронеж

Теркулов Равиль Иннаятуллович, заведующий отделом, Новосибирский областной клинический наркологический диспансер, Россия, г. Новосибирск

Туктарова Светлана Узбековна, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Уфа

Титиевский Сергей Владимирович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии факультета интернатуры и последипломного образования ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Россия, ДНР, г. Донецк

Токарева Ольга Геннадьевна, ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького», Россия, ДНР, г. Донецк

Уварова Ольга Николаевна, старший преподаватель, Государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Челябинский институт переподготовки и повышения квалификации работников образования», Россия, г. Челябинск

Хасанов Рустем Шамильевич, д.м.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Казань

Хасанова Резеда Рахматулловна, к.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Томск

Хаятов Рустам Батырбекович, ассистент, кафедра психиатрии и медицинской психологии, Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Файзуллаева Камилла Радиковна, магистрант кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, PhD, Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Федосеева Ирина Фаисовна, к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Челышев Павел Евгеньевич, заведующий стационарным отделением, ГБУЗ КО «Юргинский психоневрологический диспансер», Россия, г. Юрга

Шарипова Фарида Камилевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Шевцова Марина Андреевна, врач-психиатр, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Юркевич Наталья Александровна, старший преподаватель, кафедра социальной и семейной психологии Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка, Институт психологии, Республика Беларусь, г. Минск

Яковлева Алина Андреевна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Яковлев Антон Сергеевич, ассистент кафедры психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Янко Евгений Владимирович, кандидат психологических наук, доцент,
заведующий кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский
государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия,
г. Кемерово

Межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием
ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.
ПЕРСПЕКТИВЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Научное издание

**ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.
ПЕРСПЕКТИВЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

(к 85-летию психиатрической службы
и 50-летию наркологической службы Кемеровской области)

10 октября 2024 г.

Сборник материалов Межрегиональной научно-практической
конференция с международным участием

16+

Редактор А. С. Смирнов

Подписано в печать 16.10.2024.
Формат 60x84/16. Усл. печ. лист. 30,98
Тираж 500 экз. Зак. №m24-ru3.

Издано и отпечатано:
ООО Альпен-Принт,
125476, г. Москва, ул. Маршала Бирюзова, 18-25

Издано в авторской редакции.

ISBN 978-5-6052580-6-3

