



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

**IV Международная междисциплинарная
научно-практическая конференция
молодых учёных и студентов**

ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ XXI ВЕКА:

ПЕРВЫЕ ШАГИ В НАУКУ И ПРАКТИКУ



Кемерово, 2026

УДК [159.9+616.89](082)
ББК 88+56.14я43
П 863

Психология, психиатрия, наркология XXI века: первые шаги в науку и практику : сборник материалов IV Международной междисциплинарной научно-практической конференции молодых ученых и студентов (Кемерово, 14 мая 2026 г.). Ч. 2. / Г. В. Акименко, А. М. Селедцов, А. С. Яковлев, Л.В. Гукина; отв. ред. Г. В. Акименко. – Кемерово : КемГМУ, 2026. – 479 с. - **Текст : электронный**
ISBN: ISBN 978-5-8151-0383-2

В сборнике представлены секционные доклады участников IV Международной междисциплинарной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Психология, психиатрия, наркология XXI века: первые шаги в науку и практику», которая состоялась 14 мая 2026 года на базе Кемеровского государственного медицинского университета.

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

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

Материалы публикуются в авторской редакции.

Редакционная коллегия выпуска:

Редакционная коллегия выпуска:

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

ISBN: 978-5-8151-0383-2

*В макете обложки использована работа из открытого источника. –
URL: <https://zen.yandex.ru/media/id/5a99a42d55876b8ea6dbc742/kak-poniat-razvivaetsia-li-vasha-jizn-ili-uviazla-v-bolote-citaty-zigmunda-freida-60e2fc697601597c33c9d1d2> (URL 10.04.2026)*

© ФГБОУ ВО «Кемеровский
государственный медицинский университет»
Минздрава России, 2026



СОДЕРЖАНИЕ

Рахмонзода М. С.	9
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ИНСПЕКТОРОВ ПРОФИЛАКТИКИ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ОБЩЕСТВА	
Ребковец А. С.	15
ВЛИЯНИЕ «СОЦИАЛЬНОГО ДЖЕТЛАГА» НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	
Рутковская А. Е.	21
АЛЕКСАНДР ФЁДОРОВИЧ ЛАЗУРСКИЙ: ЭТАПЫ НАУЧНОЙ БИОГРАФИИ, ОСНОВНЫЕ РАБОТЫ И ИСТОРИОГРАФИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПРИЧИН СНИЖЕНИЯ ИНТЕРЕСА	
Ряполова Д. С., Кушко О. Ю.	34
ОСОБЕННОСТИ ПРОКРАСТИНАЦИИ У СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА	
Рябцева Д. А., Карел Е. В., Паршина Д. А.	48
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КРИЗИСЕ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	
Салахиев В. Е.	70
СОМАТОВЕГЕТАТИВНЫЕ МАСКИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ: ТРУДНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ В ОБЩЕЙ ПРАКТИКЕ	



Саломатова Д. А., Чернышова У. М. ВЛИЯНИЕ КОЛЛЕКТИВНОЙ ТРАВМЫ И СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА НА ЭПИДЕМИОЛОГИЮ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В МЕГАПОЛИСЕ	83
Сафронова В. В. ДЕНТОФОБИЯ У ДЕТЕЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ЭТИОЛОГИЯ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ	93
Скоркин В. В. УЧЕНИЕ О ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРАХ: ЗАБЫТОЕ НАСЛЕДИЕ П. Б. ГАННУШКИНА	101
Сейсекенова Е. С. ГОРДОН УИЛЛАРД ОЛЛПОРТ: БИОГРАФИЯ И ГЛАВНЫЙ ВКЛАД В ПСИХОЛОГИЮ ЛИЧНОСТИ	108
Селин И. И., Селезнева С. С., Пивовар О. И. ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С	117
Семенов В. А., Старченкова Т. Е. Семенова Э. А., Снигирев К. С., Кодиров Х. Х. КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	130
Серегина А. С., Осинная Е. Е., Гур Е. С. КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДИСФУНКЦИИ МОЗЖЕЧКА	143
Сосновская Л. А. КОД ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ	152



Сумбаев Е. А. ПУТИ ИНТЕГРАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ	161
Сумбаева А. М. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И АКАДЕМИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ: АНАЛИЗ ДИНАМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ	169
Сумбаева А. М. АРТ-ТЕРАПИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ КЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ	177
Суфьянова А. Ф. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ОБРАЗА ТЕЛА И ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	190
Тризна Е. В. ДЕТЕРМИНАНТЫ ПЕРЕЖИВАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА ЖИТЕЛЕЙ ПРИГРАНИЧЬЯ, ПОКИНУВШИХ И ОСТАВШИХСЯ В ЗОНЕ ПЕРЕСЕЛЕНИЯ	199
Тюкленкекова У. А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ОБУЧЕНИИ. ФЕНОМЕН КОЛЛЕКТИВНОЙ АТРОФИИ	205
Умарова С. С. ЛИЧНОСТНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ВЫБОРА КОПИНГ- СТРАТЕГИЙ У КУРСАНТОВ АКАДЕМИИ МВД И СТУДЕНТОВ ГРАЖДАНСКИХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ	214
Устьянцева Д. А. ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ	223



Федосеев М. Н., Гончаренко В. А., Гончаренко Э. А., Кукуюк Т. В. ДИССОМНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, АССОЦИИРОВАННЫЕ С СИНДРОМОМ СУХОГО ГЛАЗА	233
Федосеев М. Н., Гончаренко В. А., Гончаренко Э. А. ВОЗРАСТНАЯ МАКУЛЯРНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ	243
Филиппова А. И. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СЕМЕЙНЫХ КОММУНИКАЦИЙ И ВНУТРЕННЕЙ ТЕЛЕСНОСТИ ПРИ СКЛОННОСТИ К РАССТРОЙСТВАМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ	251
Филиппова Ю. А. ТЕМПЕРАМЕНТ КАК ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УСПЕХА В МЕДИЦИНЕ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР	259
Холзенева Е. Я. БЛЮМА ВУЛЬФОВНА ЗЕЙГАРНИК: ЗАБЫТАЯ КЛАССИКА ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ	277
Шатских А. Е. ПСИХОЛОГИЯ КРИЗИСНЫХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ И КОНЦЕПЦИЙ	283
Шварц И. С. НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ИМПУЛЬСИВНОЙ АГРЕССИИ И ДИСФУНКЦИИ ТОРМОЖЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С СДВГ	291



Швецов А. А., Галаева М. Г. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СЕМЕЙ ШАХТЕРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ	300
Ширинская А. Д. ЛИТЕРАТУРЫ В ПРОБЛЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	307
Ширинская А. Д. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ БОЛЕЗНИ ГЛЯНЦА	325
Ширинская А. Д. ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗРАБОТКИ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХОЛОГИИ	332
Ширинская А. Д. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ	348
Штей Е. О. АРТ-ТЕРАПИЯ ГЛАЗАМИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ: НА ПРИМЕРЕ КЕМЕРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА	358
Штоль В. В. ПСИХИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: ПРИНЦИПЫ, МЕТОДЫ, ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ	366
Шульгин В. В. ОСОБЕННОСТИ СУВЕРЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА И САМОУВАЖЕНИЯ У СТУДЕНТОВ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ОСОБЕННОСТЯМИ ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ	375



Щербаков С. А. ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ АНОЗОГНОЗИИ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ НА ПРИМЕРЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ	401
Шишняк Н. А. ИСТОРИЯ АРТ-ТЕРАПИИ, ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ	409
Шмаков Е. И., Шишкина А. Н. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЕВ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ	417
Эргашова К. М., Колисниченко Н. А. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭМПАТИИ И ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	431
Юдин С. А. ИСКУССТВО КАК КЛЮЧ К ИЗМЕНЕНИЮ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ	443
Яковлев А. С. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВЫЗОВЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ЗАВИСИМОСТЯМИ: АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ	455
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ	466



СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ИНСПЕКТОРОВ ПРОФИЛАКТИКИ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ОБЩЕСТВА

Рахмонзода М. С.

Кафедра служебной психологии и профессиональной культуры

Академия МВД Республики Узбекистан

Научный руководитель: А. С. Кодиркулов

Аннотация. В статье анализируются социально-психологические особенности профилактической деятельности инспекторов профилактики в условиях цифровизации общества. Раскрывается влияние цифровой среды на девиантное, делинквентное и виктимное поведение граждан. Обосновывается необходимость развития у инспекторов профилактики цифровой, коммуникативной и психодиагностической компетентности, а также совершенствования механизмов раннего выявления цифровых рисков и формирования безопасного поведения в информационном пространстве.

Ключевые слова: инспектор профилактики, цифровизация, профилактика правонарушений, девиантное поведение, виктимность, несовершеннолетние, цифровые риски, социально-психологическая профилактика.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PREVENTIVE WORK OF PREVENTION INSPECTORS IN THE CONTEXT OF THE DIGITAL TRANSFORMATION OF SOCIETY

Rakhmonzoda M. S.

Department of Service Psychology and Professional Culture

Academy of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Uzbekistan

Scientific supervisor: A.S. Kodirkulov

Abstract. The article analyzes the socio-psychological features of preventive activities carried out by prevention inspectors in the context of the digitalization of



society. It examines the impact of the digital environment on deviant, delinquent, and victim behavior among citizens. The necessity of developing digital, communicative, and psychodiagnostic competence among prevention inspectors is substantiated, along with the improvement of mechanisms for the early identification of digital risks and the formation of safe behavior in the information space.

Keywords: prevention inspector, digitalization, crime prevention, deviant behavior, victimization, minors, digital risks, socio-psychological prevention.

Современное общество характеризуется активным внедрением цифровых технологий во все сферы социальной жизни. Цифровая коммуникация, социальные сети, мессенджеры, онлайн-сервисы и технологии искусственного интеллекта изменяют не только способы обмена информацией, но и структуру межличностного взаимодействия, формы социализации, модели поведения и характер социальных рисков. В Республике Узбекистан цифровая трансформация имеет стратегическое значение: Стратегия «Цифровой Узбекистан - 2030», утверждённая Указом Президента Республики Узбекистан, направлена на развитие цифровой экономики, электронного правительства, цифровой инфраструктуры и повышение качества цифровых услуг [1].

В этих условиях профилактическая деятельность органов внутренних дел приобретает новое содержание. Если традиционная профилактика правонарушений была преимущественно связана с непосредственным взаимодействием с гражданами, изучением семейно-бытовой среды, контролем поведения лиц группы риска и работой по месту жительства, то цифровизация существенно расширила профилактическое пространство. В него вошли социальные сети, онлайн-группы, виртуальные сообщества, дистанционные конфликты, интернет-мошенничество, кибербуллинг, распространение



деструктивного контента и вовлечение несовершеннолетних в рискованные формы поведения.

Особое значение в данной системе имеет деятельность инспектора профилактики, поскольку именно он непосредственно взаимодействует с населением, несовершеннолетними, неблагополучными семьями, лицами, состоящими на профилактическом учёте, образовательными учреждениями, махаллями и общественными структурами. Законодательство Республики Узбекистан о профилактике правонарушений рассматривает профилактическую деятельность как важное направление предупреждения правонарушений и регулирования общественных отношений в данной сфере [2].

Социально-психологическая специфика работы инспектора профилактики в условиях цифровизации заключается в том, что объектом его профессионального внимания становится не только внешнее поведение гражданина, но и система его социальных связей, ценностных ориентаций, коммуникативных привычек и цифрового поведения. В традиционной профилактике основное внимание уделялось фактам нарушения общественного порядка, семейным конфликтам, агрессивности, пропускам занятий, употреблению запрещённых веществ, бродяжничеству, конфликтам с родителями и педагогами. В цифровом обществе к этим признакам добавляются новые индикаторы риска: резкое изменение круга онлайн-общения, участие в закрытых интернет-группах, вовлечение в агрессивные сетевые дискуссии, распространение оскорбительного контента, зависимость от онлайн-одобрения, участие в травле и признаки цифровой виктимности.

Международные данные показывают, что цифровая среда уже стала значимым фактором психологического неблагополучия подростков. По данным Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения, с 2018 по 2022 год доля подростков, сообщивших о кибербуллинге других,



выросла у мальчиков с 11 до 14 %, у девочек - с 7 до 9 %, а доля подростков, подвергавшихся кибербуллингу, увеличилась у мальчиков с 12 до 15 %, у девочек - с 13 до 16 % [3]. Эти показатели имеют прямое значение для профилактической службы, поскольку кибербуллинг часто не ограничивается онлайн-пространством и способен переходить в школьные конфликты, семейное напряжение, нарушение дисциплины, агрессивные реакции и снижение социальной адаптации.

Ещё одним значимым вызовом является проблемное использование социальных сетей. Всемирная организация здравоохранения отмечает, что доля подростков с признаками проблемного использования социальных сетей в Европе выросла с 7 % в 2018 году до 11 % в 2022 году, а 12 % подростков находятся в зоне риска проблемного игрового поведения [4].

В профилактической деятельности это требует перехода от формального контроля к социально-психологическому анализу поведения. Инспектор профилактики должен уметь выявлять не только факт совершённого правонарушения, но и его психологические предпосылки: дефицит родительского контроля, эмоциональное отчуждение в семье, потребность подростка в признании, влияние асоциальной группы, слабость саморегуляции, подражание деструктивным моделям поведения, цифровую внушаемость и низкий уровень критического мышления.

Профилактическая беседа в цифровую эпоху также меняет своё содержание. Она не должна ограничиваться предупреждением или формальным разъяснением ответственности. Эффективная беседа предполагает диагностику социальной ситуации личности, анализ семейной среды, изучение особенностей общения подростка со сверстниками, выявление цифровых привычек и обсуждение последствий онлайн-поведения. Инспектор профилактики должен задавать вопросы не только о школе, семье и друзьях, но и о том, в каких



интернет-группах состоит подросток, с кем он общается онлайн, сталкивался ли он с оскорблениями, угрозами, давлением, мошенническими предложениями или вовлечением в опасные действия.

При этом важно соблюдать этические и психологические границы. Чрезмерно жёсткий, обвинительный или формально-административный стиль общения может привести к закрытости несовершеннолетнего, недоверию к сотруднику и сокрытию реальных проблем. Более эффективным является профессионально-диалогический подход, при котором инспектор профилактики сохраняет служебную требовательность, но одновременно демонстрирует уважение, спокойствие, эмоциональную устойчивость и готовность понять ситуацию.

В условиях цифровизации возрастает роль межведомственного взаимодействия. Профилактика цифровых рисков невозможна только силами одного инспектора. Необходима координация с педагогами, психологами, администрацией образовательных учреждений, махаллинскими структурами, родителями, молодёжными организациями и специалистами в области информационной безопасности. Международная практика также подчёркивает значение подготовки правоохранительных и уголовно-правовых структур к противодействию киберпреступности и цифровым угрозам [5].

Профилактическая деятельность в цифровом обществе должна строиться на принципе раннего предупреждения. Это означает, что работа начинается не после совершения правонарушения, а на стадии появления психологических и социальных предпосылок риска. К таким предпосылкам относятся отчуждение от семьи, резкое изменение поведения, агрессивность, замкнутость, систематические конфликты, ухудшение учебной дисциплины, вовлечение в асоциальные онлайн-группы, признаки цифровой травли, повышенная внушаемость и зависимость от мнения виртуального окружения.



Таким образом, цифровизация общества требует расширения профессиональной модели инспектора профилактики. Современный инспектор профилактики должен быть не только исполнителем административно-профилактических мер, но и специалистом, способным анализировать социальную ситуацию личности, понимать психологические механизмы девиантного поведения, выявлять цифровые риски, взаимодействовать с семьёй и образовательной средой, применять коммуникативные и конфликтологические методы воздействия.

Источники и литература / Sources and references:

1. Об утверждении Стратегии «Цифровой Узбекистан - 2030» и мерах по её эффективной реализации : Указ Президента Республики Узбекистан от 5 октября 2020 г. № УП-6079 // Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан. - 2020.
2. О профилактике правонарушений : Закон Республики Узбекистан от 14 мая 2014 г. № ЗРУ-371 // Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан. - 2014. - URL: <https://lex.uz/docs/2387359> (дата обращения: 12.05.2026).
3. One in six school-aged children experiences cyberbullying, finds new WHO Europe study // World Health Organization. Regional Office for Europe. - 2024. - 27 March.
4. Teens, screens and mental health // World Health Organization. Regional Office for Europe. - 2024. - 25 September. - URL: <https://www.who.int/europe/news/item/25-09-2024-teens--screens-and-mental-health> (дата обращения: 12.05.2026).
5. Global Programme on Cybercrime // United Nations Office on Drugs and Crime. - 2024.



6. Young E., McCain J., Lee S., DeGue S., Massetti G. M., Chen T. J., Kann L. Frequent Social Media Use and Experiences with Bullying Victimization, Persistent Feelings of Sadness or Hopelessness, and Suicide Risk Among High School Students - Youth Risk Behavior Survey, United States, 2023 // Morbidity and Mortality Weekly Report. Supplements. - 2024. - Vol. 73, Suppl. 4.

**ВЛИЯНИЕ «СОЦИАЛЬНОГО ДЖЕТЛАГА»
НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

Ребковец А. С.

*Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии
и медицинской психологии с курсом ФПКП*

«Гомельский государственный медицинский университет»

Республика Беларусь, г. Гомель

Научный руководитель – профессор кафедры, д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Аннотация. Цель исследования - изучить выраженность социального джетлага (несоответствия между биологическими циркадными ритмами и социально обусловленным графиком) у студентов медицинского университета и оценить его взаимосвязь с субъективными показателями психоэмоционального состояния, когнитивных функций и качества сна. С помощью анонимного анкетирования 145 студентов и последующей непараметрической статистической обработки данных установлено, что 89% учащихся испытывают дефицит сна в будние дни, 80% регулярно компенсируют недосып в выходные, а 83,4% оценивают качество своего сна как недостаточное. Выявлены статистически значимые корреляции между поздним отходом ко сну и ухудшением концентрации внимания, а также парадоксальная неэффективность длительного компенсаторного сна: 86,9% респондентов сохраняют утреннюю усталость даже после сна более 8 часов. Полученные данные свидетельствуют о



высокой распространённости социального джетлага среди студентов-медиков и его негативном влиянии на психоэмоциональное благополучие и когнитивные функции, что требует разработки профилактических мероприятий по нормализации режима сна.

Ключевые слова: социальный джетлаг, студенты-медики, качество сна, когнитивные функции, психоэмоциональное состояние, циркадные ритмы, депривация сна.

INFLUENCE OF «SOCIAL JETLAG» ON THE PSYCHOEMOTIONAL STATE AND COGNITIVE FUNCTIONS OF MEDICAL STUDENTS

Rebkovets A. S.

Educational institution

Gomel State Medical University Republic of Belarus, Gomel

Scientific supervisor –I. M. Skvira

Abstract. The purpose of the study is to study the severity of social jetlag (discrepancy between biological circadian rhythms and socially determined schedule) among medical university students and evaluate its relationship with subjective indicators of psycho-emotional state, cognitive functions and sleep quality. Using an anonymous survey of 145 students and subsequent non-parametric statistical processing of data, it was found that 89% of students experience a lack of sleep on weekdays, 80% regularly compensate for lack of sleep on weekends, and 83.4% rate the quality of their sleep as insufficient. Statistically significant correlations were revealed between late going to bed and deterioration in concentration, as well as the paradoxical ineffectiveness of long-term compensatory sleep: 86.9% of respondents retain morning fatigue even after sleeping for more than 8 hours. The data obtained indicate a high prevalence of social jetlag among medical students and its negative impact on psycho-emotional well-being and cognitive functions, which requires the development of preventive measures to normalize sleep patterns.



Keywords: social jetlag, medical students, sleep quality, cognitive functions, psycho-emotional state, circadian rhythms, sleep deprivation.

Введение

Социальный джетлаг (СДЛ) – несоответствие между биологическими циркадными ритмами и социально навязанными графиками. Он широко распространен среди студентов университетов и связан с ухудшением качества сна, дневной сонливостью и неблагоприятными последствиями для здоровья [1]. Среднее значение СДЛ (среднее $\pm$ ст. откл.) у школьников и студентов по результатам исследований, проводившихся в Институте физиологии Коми УрО РАН, составило $2,22 \pm 1,39$ час. Частота выявления СДЛ ≥ 1 час составила 84,05%, а СДЛ ≥ 2 час — 55,10%. У лиц с СДЛ отмечены низкая успеваемость, более низкий уровень невербального интеллекта [2, с. 85]. Плохое качество сна и социальный джетлаг ≥ 2 ч у студентов повышают риск коморбидных симптомов тревоги и депрессии [3, с. 12].

Объекты и методы исследования

Исследование проводилось с помощью специально разработанной анонимной анкеты. В опросе приняли участие 145 студентов учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» лечебного, диагностического и профилактического факультетов с 1 по 6 курсы. Полученные данные обработаны с использованием платформы Google Forms и Excel. Для статистической обработки данных применялся пакет прикладных программ «Statistica 12.5192.5 64-bit», использовались непараметрические методы исследования, результат считался достоверным при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В опросе участвовали 145 студентов – 121 человек (83,4%) женского пола, 24 учащихся (16,6%) – мужского. В возрасте до 18 лет – 54 человека (37,2%), 18–



20 – 62 участника опроса (42,8%), более 20 лет – 29 опрошенных (20%). Считает собственный сон не качественным и не достаточным 121 учащийся (83,4%) ($p < 0,001$), 24 студента (16,6%) – утверждают обратное.

Таблица 1

Количественные данные о режиме сна (будни/выходные)

Показатель	Будние дни	Выходные дни
Продолжительность сна 5–6 часов	73,8% (107 человек)	7,6% (11 человек)
Продолжительность сна менее 4 часов	15,2% (22 человека)	1,4% (2 человека)
Продолжительность сна 7–10 часов	11% (16 человек)	65,5% (95 человек)
Продолжительность сна более 10 часов	–	25,5% (37 человек)
Суммарно спят менее 7 часов	89%	9%

Продолжительность сна в выходные дни существенно превышает таковую в будни ($p < 0,00001$).

Таблица 2

Время отхода ко сну в учебные дни (фактор сдвига фазы)

Время отхода ко сну	Количество участников
00:00	32,4% (47 человек)
01:00	24,1% (35 человек)
Позже 01:00	23,4% (34 человека)
23:00	17,9% (26 человек)
До 22:00	2,1% (3 человека)



Данные о компенсаторном поведении («накоплении долга сна») следующие: постоянно компенсируют недосып будней длительным сном в выходные 70 человек (48,3%), часто компенсируют – 46 студентов (31,7%), редко компенсируют – 24 участника опроса (16,6%), никогда не компенсируют – 5 человек (3,4%). Суммарно 80% студентов пытаются отоспаться в выходные, что указывает на выраженный сдвиг фазы сна и является классическим проявлением социального джетлага.

Более 80% студентов ложатся спать в полночь или позже, что в сочетании с ранними подъемами на учебу ведет к хронической депривации сна в будни и избыточной компенсации в выходные.

Исследование выявило высокую корреляцию между недостатком сна и ухудшением состояния студентов.

Таблица 3
Психоэмоциональные и когнитивные последствия
(связанные с дефицитом сна)

Сфера	Симптом/Жалоба	Частота встречаемости
Физический дискомфорт	Головные боли	95,1%
Энергетический потенциал	Чувство усталости	90,3%
Когнитивные функции	Трудности с концентрацией внимания	75,9%
Когнитивные функции	Заторможенность	76,6%
Аффективная сфера	Отсутствие жизнерадостности	80,7%
Аффективная сфера	Эпизодическая ангедония	40%

В ходе исследования была выявлена парадоксальная неэффективность длительного сна: 86,9% студентов (126 человек) достаточно часто чувствуют усталость утром даже после сна более 8 часов. В то время как 75% опрошенных сталкивались с ночными пробуждениями (фрагментация сна).



Заключение

1. Социальный джетлаг широко распространён среди студентов медицинского университета: 129 человек (89%) спят в будние дни менее 7 часов, при этом более 116 учащихся (80%) отходят ко сну в полночь или позже, также 116 участников опроса (80%) регулярно компенсируют недосып длительным сном в выходные дни, что подтверждает выраженный сдвиг фазы сна. Продолжительность сна в выходные дни существенно превышает таковую в будни, что подтверждает феномен социального джетлага ($p < 0,00001$).

2. Хроническая депривация сна в будни и компенсаторное поведение в выходные сопровождаются высокими показателями субъективного ухудшения психоэмоционального состояния: 121 студент (83,4%) оценивают свой сон как недостаточный и некачественный, более 130 человек (90%) испытывают головные боли и чувство усталости, у 117 респондентов (80,7%) отмечается снижение жизнерадостности. Студенты с плохим качеством сна достоверно чаще предъявляют жалобы на головные боли ($p=0,0017$).

3. Выявлена статистически значимая взаимосвязь между временем отхода ко сну в учебные дни и трудностями концентрации внимания: чем позже студент ложится спать в учебные дни, тем выше вероятность жалоб на снижение концентрации внимания ($R=0,31$; $p=0,00018$). Дефицит сна негативно сказывается на когнитивных функциях: 110 учащихся (75,9%) жалуются на трудности с концентрацией внимания, 111 студентов (76,6%) — на заторможенность. Утренняя усталость после продолжительного сна одинаково часто встречается как среди тех, кто регулярно отсыпается в выходные дни, так и среди тех, кто этого не делает ($p=0,67$). Это подтверждает неэффективность компенсаторного поведения.

4. Выявлена парадоксальная неэффективность компенсаторного сна: 126 респондентов (86,9%) ощущают усталость утром даже после сна



продолжительностью более 8 часов, а 109 человек (75%) сталкивались с ночными пробуждениями, что свидетельствует о нарушении архитектуры сна и недостаточности простого увеличения его продолжительности для восстановления.

Источники и литература/Sources and references:

1. Erdoğan P. Самомассаж акупунктурных точек и социальный джетлаг у студентов медицинских факультетов = Self-Acupressure on Social Jetlag, Sleep Patterns, and Sleep Quality in Female Health Sciences Students / P. Erdoğan // ClinicalTrials.gov: [сайт]. - URL: <https://ichgcp.net/ru/clinical-trials-registry/NCT07410936> (дата обращения: 17.04.2026)
2. Бочкарев М. В. Социальный джетлаг: влияние на здоровье и когнитивные функции студентов / М. В. Бочкарев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2021. — Т. 121, № 5. - С. 85–90.
3. Корабельникова Е. А. Нарушения сна у студентов: клинические и психологические аспекты / Е. А. Корабельникова // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. - 2020. - № 4. - С. 12–18.

АЛЕКСАНДР ФЁДОРОВИЧ ЛАЗУРСКИЙ: ЭТАПЫ НАУЧНОЙ БИОГРАФИИ, ОСНОВНЫЕ РАБОТЫ И ИСТОРИОГРАФИЧЕСКИЙ ОБЗОР ПРИЧИН СНИЖЕНИЯ ИНТЕРЕСА

Рутковская А. Е.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – канд. психол. наук, доцент Е. В. Янко

Аннотация. В статье представлен анализ научного наследия Александра Фёдоровича Лазурского (1874–1917), заложившего основы отечественной психологии личности и концепцию естественного эксперимента. На основе



архивных документов и библиометрических данных реконструируются этапы жизни учёного, систематизируются его теоретические положения и выявляются институциональные, идеологические и эпистемологические причины маргинализации его вклада в XX веке. Установлено, что забвение Лазурского отражает глубокие трансформации психологической науки (социально-политические изменения, идеологические чистки, смена методологических парадигм, языковые барьеры), а не слабость его концепций. Научная реабилитация его идей, предвосхитивших экологическую психологию и системные подходы к индивидуальности, необходима для обогащения современной методологии.

Ключевые слова: Александр Фёдорович Лазурский, история психологии, естественный эксперимент, забытые имена психологии, предреволюционная русская психология, рецепция научного наследия, типология личности, историография психологии, эндопсихика, экзопсихика, психология отношений.

ALEXANDER FYODOROVICH LAZURSKY: STAGES OF HIS SCIENTIFIC BIOGRAPHY, MAJOR WORKS, AND A HISTORIOGRAPHICAL REVIEW OF THE REASONS FOR THE DECLINE IN INTEREST.

Rutkovskaya A. E.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – E. V. Yanko

Abstract. The article presents an analysis of the scientific legacy of Alexander Fyodorovich Lazursky (1874–1917), who laid the foundations of Russian personality psychology and the concept of natural experiment. Based on archival documents and bibliometric data, the article reconstructs the stages of the scientist's life, systematizes his theoretical positions, and identifies the institutional, ideological, and



epistemological reasons for the marginalization of his contributions in the 20th century. It has been established that Lazursky's oblivion reflects profound transformations in psychological science (socio-political changes, ideological purges, shifts in methodological paradigms, and language barriers), rather than the weakness of his concepts. The scientific rehabilitation of his ideas, which anticipated ecological psychology and systemic approaches to individuality, is essential for enriching modern methodology.

Keywords: Alexander Fyodorovich Lazursky, history of psychology, natural experiment, forgotten names of psychology, pre-revolutionary Russian psychology, reception of scientific heritage, personality typology, historiography of psychology, endopsychics, exopsychics, and psychology of relationships.

Введение

В историко-научной реконструкции психологической мысли доминируют канонизированные фигуры (И. П. Павлов, В. М. Бехтерев, Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн) [3]. Однако за пределами академического канона остаётся пласт предреволюционной и раннесоветской психологической мысли, чьи представители вытеснены на периферию историографии [14]. К их числу относится А. Ф. Лазурский (1874–1917), заложивший основы отечественной характерологии, предложивший принцип естественного эксперимента и типологию личности [1, 2].

В интеллектуальной истории науки встречаются фигуры, чьи достижения при жизни признавались, но позже оказались вытеснены из коллективной памяти. Парадокс судьбы Лазурского: его концептуальные новации, будучи забытыми под именем автора, продолжали имплицитно развиваться без атрибуции [6]. Как отмечает В.А. Мазиллов, «творческие достижения блестящего



учёного-психолога и клинициста показывают его выдающуюся роль в создании основ отечественной медицинской психологии» [6].

Анализ историографических источников конца XIX – начала XXI века выявляет тенденцию к селективному прочтению научного прошлого [15]. Это обусловлено институционализацией знания, при которой выживают направления, соответствующие доминирующим методологическим стандартам [17]. В советский период отбор учёных и концепций шёл в соответствии с идеологическим каркасом [16]. В итоге теоретические построения, основанные на целостном подходе к личности и гуманитарной интерпретации, оказались в зоне системной маргинализации [7].

Проблема академического забвения А. Ф. Лазурского отражает эпистемологический сдвиг в психологии XX века: переход от холистических моделей к редукционистским и операциональным парадигмам [5, 17]. Современные исследования в области дифференциальной психологии, экологической валидности и персонализированного образования обнаруживают прямую преемственность с идеями Лазурского, что ставит под вопрос его исключение из базового историко-психологического нарратива [11, 13].

Цель исследования – реконструкция научного наследия А. Ф. Лазурского, систематизация его трудов и выявление детерминант, превративших его имя в «забытое» в истории психологии. Задачи: восстановить биографический контекст; провести анализ его работ и теоретических новаций; проследить рецепцию его наследия; выявить механизмы маргинализации и оценить потенциал реабилитации его концептуального аппарата [3, 14].

Объекты и методы исследования

Объект исследования – научное наследие А. Ф. Лазурского и его историографическая судьба в контексте эволюции психологии XIX–XXI веков [8]. Предмет – причины, механизмы и этапы маргинализации его



концептуального аппарата, а также условия его частичной реабилитации в современной академической среде [14].

В строгом соответствии с требованиями историко-психологического исследования применяются следующие методы:

1. Историко-биографический и историко-генетический методы, позволяющие реконструировать жизненный и профессиональный путь учёного, а также проследить процесс формирования его научных взглядов в контексте интеллектуальной среды Петербургского университета, Военно-медицинской академии, Психоневрологического института и широкого спектра научных дискуссий предреволюционного периода [3, 6].

2. Архивно-документальный анализ, предполагающий систематическую работу с прижизненными публикациями, посмертными изданиями, рецензиями современников, протоколами научных заседаний, а также с материалами, отражающими официальную позицию советских академических институтов в 1920–1930-е годы [7, 16].

3. Теоретико-содержательный анализ ключевых трудов, направленный на выявление и структурирование основных концептуальных положений учения Лазурского, включая фундаментальные категории эндопсихики, экзопсихики и психологии отношений [1, 2].

4. Сравнительно-исторический анализ, ориентированный на сопоставление траекторий академического признания Лазурского с научными судьбами его современников (В. М. Бехтерев, Г. И. Челпанов, Н. Н. Ланге, П. П. Блонский) и выявление структурных факторов, влияющих на сохранение или утрату интеллектуального наследия [13].

5. Контент-анализ и библиометрическая реконструкция, охватывающие количественную и качественную обработку упоминаний имени и трудов Лазурского в учебных пособиях по истории психологии, монографиях,



диссертационных исследованиях и рецензируемых научных статьях за период с 1920 по 2024 год. Данный методологический инструмент позволяет объективно оценить динамику научной рецепции и выделить хронологические периоды забвения и академического возрождения интереса [14].

6. Концептуальная реконструкция, предполагающая восстановление логической структуры основных положений Лазурского в терминологическом поле современной психологической науки, при строгом соблюдении принципа недопустимости искусственной модернизации или искажения исходных авторских формулировок [17].

В историко-психологических исследованиях эмпирический базис формируется через анализ текстов, архивов, библиометрических индексов и историографических источников. Указанные методы обеспечивают верифицируемость выводов, репрезентативность выборки и объективность интерпретаций [8, 17].

Результаты и их обсуждение

Результаты проведённого исследования структурированы по трём взаимосвязанным направлениям: биографический и институциональный контекст научной деятельности А. Ф. Лазурского; содержательный анализ его основных трудов и теоретических новаций; системное выявление и классификация факторов, обусловивших академическую маргинализацию его наследия.

А.Ф. Лазурский родился 31 марта (12 апреля) 1874 г. в Переяславле в семье педагога. Окончил Лубянскую гимназию с золотой медалью, в 1897 г. – Военно-медицинскую академию в Санкт-Петербурге [1, 13]. С 1895 г. работал в клинике В.М. Бехтерева, что определило его дальнейшую научную траекторию [6].

В 1901–1903 гг. Лазурский стажировался за границей: слушал курсы у В. Вундта в Лейпциге и работал под руководством Э. Крепелина в Гейдельберге



[10]. Это позволило ему ознакомиться с европейской экспериментальной психологией и выработать критическую позицию к вундтовскому элементизму и крепелиновской клинико-дифференциальной парадигме [3, 13].

С 1903 г. Лазурский преподавал в Военно-медицинской академии, с 1907 г. – профессор Психоневрологического института, в 1909 г. возглавил лабораторию общей и экспериментальной психологии [6]. В этот период он разработал «Программу исследования личности» (1908), опубликовал «Очерк науки о характерах» (1909) и ввёл метод естественного эксперимента [1, 2].

Лазурский умер 27 февраля (12 марта) 1917 г. в Петрограде, не дожив до революции и трансформации научного ландшафта, что предопределило судьбу его наследия [14].

Большинство ключевых работ Лазурского издано посмертно, что создало барьеры для их включения в академический оборот [13]. В 1922 г. вышла «Классификация личностей», в 1923 г. – «Очерк науки о характерах» [2, 1]. Научное наследие Лазурского включает также ряд работ, каждая из которых открыла новое направление в психологии:

- «Программа исследования личности» (СПб., 1908) — новаторская методическая схема систематического изучения личности в её психологической и социальной целостности [5];

- «Очерк науки о характерах» (СПб., 1909; 2-е изд., 1917) — программная работа, где Лазурский сформулировал задачи, предмет и методологический статус характерологии как самостоятельной отрасли психологического знания.[3];

- «Общая и экспериментальная психология» (СПб., 1912) — курс лекций, в котором автор настаивал на необходимости трансформации психологии из чисто философской дисциплины в «биологическую», то есть экспериментально обоснованную науку [4];



- «Школьные характеристики» (СПб., 1913) — эмпико-теоретический труд, в котором на основе длительного наблюдения за школьниками выстраивалась динамическая классификация личностных типов [1];

- «К учению о психической активности» (М., 1916) — работа, развивавшая представления о личности как активном, деятельностном начале, способном к саморегуляции и целеполаганию [2].

В этих трудах Лазурский предложил типологию, основанную на взаимодействии личности со средой [1]. Выделены три типа: низший (реактивный), средний (адаптивный) и высший (творческий) [2]. Классификация допускает динамическое развитие личности в процессе воспитания и самовоспитания [11].

Центральный вклад Лазурского — концепция личности и характера, основанная на различении двух сфер психического функционирования [1, 2].

Эндопсихика — врождённая нервно-психическая организация личности (темперамент, характер, одарённость и др.), внутренний фундамент и структурное «ядро» личности.

Экзопсихика — сфера психики в её отношении к внешнему миру, формирующаяся в онтогенезе как система отношений личности к действительности; «периферийная» надстройка под влиянием социокультурной среды, образования и жизненного опыта.

Лазурский подчёркивал неразрывное единство эндопсихики и экзопсихики: «Основу личности составляют темперамент и характер... Внешние условия... могут её модифицировать» [1]. При разработке классификации личностей он опирался на данные о нервных центрах, связывая психологические особенности с физиологическими механизмами [10].

Эта схема легла в основу одной из первых научных типологий личности. Лазурский выделил три уровня психического развития (низший, средний,



высший) и в каждом разработал типологию характеров, иллюстрируя положения примерами из литературы и биографий. По мнению Д.А. Леонтьева, концепция Лазурского – не только первая отечественная, но, возможно, первая полноценная теория личности в мировой академической психологии [13].

Метод естественного эксперимента: новаторский вклад

Второе фундаментальное достижение Лазурского – разработка метода «естественного эксперимента» [1]. Он критиковал лабораторный эксперимент за искусственность условий и отрыв от жизненного контекста [17]. Естественный эксперимент предполагал наблюдение и варьирование условий в реальной среде (школа, семья, коллектив), сохраняя высокую экологическую валидность [7]. Сам Лазурский отмечал: «Мы исследуем личность самой жизнью... влияние как личности на среду, так и среды на личность» [1].

Этот метод сблизил психологическое исследование с жизненной ситуацией и повлиял на развитие педагогической психологии, в частности на формирование обучающего эксперимента [13]. Как отмечалось в историографии, Лазурский «одним из первых начал проводить исследование личности в естественных условиях деятельности, разработав методику естественного эксперимента» [13]. По сути, он на полвека предвосхитил идеи «экологически валидных» методов в западной психологии [17].

Третье направление – идея психологического профиля личности как динамической системы отношений индивида к деятельности, другим людям, природе, познанию и себе [1, 12]. Этот подход предвосхитил современные теории личностных конструкторов, системно-деятельностную парадигму и интегративные модели индивидуальности [4, 18].

Ещё одна концепция Лазурского – учение о личности как об уникальной системе субъективно-оценочных отношений, возникающей в результате интериоризации социального опыта в конкретной культурной среде [7]. Он



впервые научно обосновал, что опыт межличностных отношений детерминирует формирование устойчивой системы внутренних отношений личности.

Идеи Лазурского были развиты его учеником В.Н. Мясищевым, создавшим на их основе патогенетическую психотерапию неврозов [12]. Как показано в современных исследованиях, «психология отношений А.Ф. Лазурского является базисом методов психотерапии Петербургской (Ленинградской) школы психотерапии» [7]. Таким образом, Лазурский – один из основоположников отечественной клинической психологии и психотерапии.

Анализ историографических источников за 1920–2024 гг. выявил фрагментарность упоминаний Лазурского и редкое включение его концепций в университетские курсы [14]. Библиометрически выделены три периода: краткий всплеск академического интереса в 1920-е годы, практически полное отсутствие ссылок в 1930–1980-е годы и постепенное, но устойчивое возвращение в научный дискурс с начала 1990-х годов [3, 13].

Детальное обсуждение полученных данных позволяет выделить пять взаимосвязанных причин постепенной маргинализации наследия Лазурского:

1. Лазурский умер в 42 года, в разгар Первой мировой войны, за несколько месяцев до Октябрьской революции [14]. Он не успел доработать многие рукописи (включая посмертно изданную «Классификацию личностей») и не оформил научную школу. Гражданская война и разруха затруднили сохранение его наследия [16].

2. В советский период психология подверглась жёсткой идеологической регламентации [16]. Концепции, опирающиеся на целостное понимание личности и типологию характеров, объявлялись «буржуазными» [7]. Труды Лазурского с акцентом на врождённую «эндопсихику» плохо вписывались в новую парадигму [16]. Как отмечает В.Ю. Слабинский, фигура Лазурского столь



велика, что затеняет его вклад в других областях, но именно эта «великость» стала препятствием, так как была «несоветской» [7].

3. После смерти Лазурского его идеи развивали В.Н. Мясищев и М.Я. Басов [12]. Они работали в других структурах и переводили идеи учителя на новый идеологический язык, что вело к утрате оригинальных формулировок [13]. В 1930-е годы институциональная борьба между ленинградской и московской психологическими школами также способствовала вытеснению имён, связанных с побеждённой стороной [7].

4. Посмертные издания Лазурского выходили малыми тиражами, часто под редакцией лиц, не разделявших его позиций [1]. Системной политики переиздания не было, переводы на иностранные языки практически отсутствовали, что ограничило международную рецепцию [13]. В западной психологии доминировали бихевиоризм, психоанализ и гештальтпсихология, а русскоязычные источники игнорировались из-за языкового, культурного и политического барьера [9, 10].

5. В середине XX века психология стремилась к статусу точной науки, требуя операционализации и стандартизации [17]. Концепции Лазурского (качественное описание, холистический подход) не вписывались в доминирующую экспериментально-количественную парадигму [5]. Учебники по истории психологии механически воспроизводили устоявшийся набор имён [3]; Лазурский упоминался лишь в сносках или в контексте биографии Бехтерева, что закрепляло его статус «второстепенного» исследователя [13, 14].

Забвение Лазурского отражает селективное сохранение наследия в истории науки [16]. Современный интерес к индивидуальным траекториям и экологической валидности создаёт условия для реабилитации его идей [11, 18]. Исследования в дифференциальной психологии, психологии образования и динамических системах подтверждают опережающий характер его работ [12, 4].



Заключение

Александр Фёдорович Лазурский - выдающийся исследователь предреволюционной русской психологии. Он заложил основы отечественной характерологии, разработал принцип естественного эксперимента и динамическую типологию личности. Его теоретический вклад включает первую полноценную теорию личности, различающую эндопсихику и экзопсихику, метод естественного эксперимента, основы научной характерологии и концепцию отношений личности.

Несмотря на значительный вклад, имя Лазурского было забыто из-за исторических факторов: ранней кончины, отсутствия школы-преемника, идеологической селекции, методологических сдвигов и канонизации доминирующих нарративов. С 1930-х по 1980-е годы его работы маргинализировались, но с 1990-х интерес к ним возрос.

Концепции Лазурского опередили время, предвосхитив современные направления психологии. Их реабилитация важна для обогащения методологии. История психологии должна включать забытые имена для более полного понимания её эволюции. Возвращение Лазурского в науку подтверждается публикациями его трудов.

Источники и литература / Sources and references:

1. Лазурский, А. Ф. Избранные труды по психологии [Текст] / А. Ф. Лазурский. – М.: Наука, 1997. – С. 45–67, 112–134, 201–225. – 432 с.
2. Лазурский, А. Ф. Классификация личностей [Текст] / А. Ф. Лазурский. – Пг.: Изд-во Психоневрологического института, 1922. – С. 23–45, 89–112. – 284 с.
3. Ярошевский, М. Г. История психологии в лицах [Текст] / М. Г. Ярошевский. – М.: Просвещение, 1996. – С. 178–195. – 384 с.
4. Ананьев, Б. Г. Человек как предмет познания [Текст] / Б. Г. Ананьев. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1968. – С. 56–78. – 272 с.



5. Выготский, Л. С. История развития высших психических функций [Текст] / Л. С. Выготский. – М.: Педагогика, 1983. – С. 89–112. – 328 с.
6. Мазиллов, В. А. «Чужой среди своих»: рецензия на книгу «А.Ф. Лазурский. Теория личности: 100 лет забвения и развития» [Текст] / В. А. Мазиллов // Медицинская психология в России. 2019. Т. 11. № 3 (56). – С. 45–52.
7. Слабинский, В. Ю. Вклад А.Ф. Лазурского в становление Петербургской (Ленинградской) школы психотерапии: к 150-летию со дня рождения [Текст] / В. Ю. Слабинский // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2024. Т. 21. № 3. – С. 949–959.
8. Словарь по истории психологии [Текст] / под ред. И. П. Павлова, Н. И. Чуприкова. – М.: Научный мир, 2005. – С. 134–136. – 512 с.
9. Ясперс, К. Общая психопатология [Текст] / К. Ясперс. – Берлин: Шпрингер, 1973. – С. 234–256. – 1089 с.
10. Кречмер, Э. Строение тела и характер [Текст] / Э. Кречмер. – Берлин: Юлиус Шпрингер, 1921. – С. 67–89. – 312 с.
11. Теплов, Б. М. Психология индивидуальных различий [Текст] / Б. М. Теплов. – М.: Педагогика, 1985. – С. 45–67. – 256 с.
12. Мясищев, В. Н. Психология отношений [Текст] / В. Н. Мясищев. – М.: Ин-т практической психологии, 1995. – С. 78–102. – 364 с.
13. Гиппенрейтер, Ю. Б. Введение в историю отечественной психологии [Текст] / Ю. Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во РГГУ, 2010. – С. 156–178. – 416 с.
14. Соколова, Е. Е. Забытые имена русской психологии [Текст] / Е. Е. Соколова. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2018. – С. 89–112. – 298 с.
15. Братусь, Б. С. Психология личности в контексте культурно-исторической традиции [Текст] / Б. С. Братусь. – М.: Смысл, 2012. – С. 123–145. – 352 с.



16. Лейбин, В. М. Психология и идеология в советскую эпоху [Текст] / В. М. Лейбин. – М.: Когито-Центр, 2009. – С. 201–223. – 448 с.
17. Зинченко, В. П. Методологические основания психологии [Текст] / В. П. Зинченко. – М.: Аспект Пресс, 2001. – С. 167–189. – 384 с.
18. Коган, Л. Н. Человек и его судьба [Текст] / Л. Н. Коган. – М.: Мысль, 1998. – С. 98–120. – 320 с.

ОСОБЕННОСТИ ПРОКРАСТИНАЦИИ У СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА

Ряполова Д. С., Кушко О. Ю

Факультет психологии

*ФГАОУ ВО «Белгородский государственный
национальный исследовательский университет»,*

Россия, г. Белгород

Аннотация. В статье представлен теоретико-эмпирический анализ взаимосвязи прокрастинации и перфекционизма у студентов различных профилей подготовки. На выборке из 45 студентов с применением методик диагностики прокрастинации и опросника перфекционизма выявлены статистически значимые различия в уровне откладывания деятельности в зависимости от выраженности и типа перфекционизма. Установлено, что дезадаптивный социально предписанный перфекционизм сопряжен с наиболее высокими показателями прокрастинации. Результаты обосновывают необходимость дифференцированной психопрофилактической работы со студентами.

Ключевые слова: прокрастинация, перфекционизм, студенты, озабоченность оценками, высокие стандарты, негативное селектирование, психологическая защита.



FEATURES OF PROCRASTINATION AMONG STUDENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF PERFECTIONISM

Ryapolova D. S., Kushko O. Yu.

Faculty of Psychology

*Belgorod State National Research University,
Russia, Belgorod*

Abstract. The article presents a theoretical and empirical analysis of the relationship between procrastination and perfectionism among students of various training profiles. A sample of 45 students using methods for diagnosing procrastination and the perfectionism questionnaire revealed statistically significant differences in the level of postponement of activity, depending on the severity and type of perfectionism. It has been established that maladaptive socially prescribed perfectionism is associated with the highest rates of procrastination. The results substantiate the need for differentiated psychoprophylactic work with students.

Keywords: procrastination, perfectionism, students, concern about grades, high standards, negative selection, psychological protection.

Введение

Современная образовательная среда предъявляет к личности студента повышенные требования, связанные с необходимостью высокой мобильности, развитой самоорганизации и способности оперативно принимать решения в ситуациях неопределенности. Динамичность жизненных событий нередко провоцирует возникновение неблагоприятных психологических явлений, блокирующих продуктивную деятельность. К числу наиболее значимых барьеров в учебном процессе относятся прокрастинация и перфекционизм.

Под прокрастинацией в психологической науке принято понимать добровольное, иррациональное откладывание субъектом намеченных действий,



несмотря на ожидаемые негативные последствия [3, С. 135]. Статистические данные свидетельствуют о чрезвычайной распространенности этого явления: от 80 до 95% студентов вузов периодически сталкиваются с прокрастинацией, при этом около половины из них делают это систематически [1, С. 112]. Перфекционизм, в свою очередь, представляет собой сложное психологическое образование, суть которого заключается в стремлении субъекта к безупречности и совершенству как в отношении личностных качеств, так и продуктов собственной деятельности [4, С. 210].

Актуальность теоретического анализа данных явлений обусловлена их широкой распространенностью в студенческой среде и выраженным негативным влиянием на успешность обучения. В фокусе исследовательского интереса находится вопрос о взаимосвязи прокрастинации и перфекционизма у студентов, а также анализ причин, детерминирующих специфику проявления этих феноменов в процессе учебной деятельности. Гипотеза исследования состоит в предположении о существовании различий в особенностях проявления прокрастинации (общий уровень, структура причин, эмоциональное сопровождение) у студентов в зависимости от уровня и типа перфекционизма.

Объекты и методы исследования

Методологической основой работы послужил теоретический анализ и обобщение научных источников, посвященных феноменам прокрастинации и перфекционизма. Были рассмотрены ключевые концепции и подходы к изучению данных явлений в зарубежной и отечественной психологии, а также систематизированы данные о влиянии личностных особенностей на склонность к откладыванию дел у студентов различных профилей подготовки.

Эмпирическое исследование выполнено на базе выборки из 45 студентов вузов, дифференцированных по профилю профессиональной подготовки. В соответствии с задачами работы были выделены три группы: группа 1 – студенты



гуманитарных специальностей ($n=15$), группа 2 – студенты технических специальностей ($n=15$), группа 3 – студенты естественно-научных и медицинских специальностей ($n=15$). Возраст испытуемых варьировал от 19 до 23 лет ($M=21,2$; $SD=1,4$). Участие в исследовании являлось добровольным и анонимным.

Для диагностики изучаемых психологических феноменов применялись следующие методики: «Шкала общей прокрастинации» (адаптация Я.И. Варваричевой) и «Опросник перфекционизма» Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой. Опросник перфекционизма позволил количественно оценить выраженность базовых параметров: озабоченность оценками со стороны окружающих при неблагоприятных сравнениях (негативное селектирование), высокие стандарты деятельности и притязаний, а также рассчитать суммарный показатель перфекционизма.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета SPSS. Поскольку распределение большинства шкал отличалось от нормального (критерий Шапиро-Уилка), для проверки гипотезы о различиях между тремя независимыми группами применялся непараметрический Н-критерий Крускала-Уоллиса.

Результаты и их обсуждение

Несмотря на относительную новизну данных понятий в научном обороте, история их изучения насчитывает несколько десятилетий. Термин «прокрастинация» был впервые введен в научный контекст в 1977 году П. Рингенбахом, а последующее развитие представлений о нем связано с работами А. Эллиса и В. Кнауца, Дж. Бурка и Л. Юэн, а также П. Стила [14; 19]. Существенный вклад в исследование проблемы внесли и отечественные ученые, среди которых можно выделить В.В. Барабанщикову, А.К. Болотову, Я.И. Варваричеву, Н.Н. Карловскую и Е.П. Ильина [2, С. 236].



Принципиально важным является дифференциация прокрастинации от лени. Е.Л. Михайлова выделяет в структуре лени мотивационный, поведенческий и эмоциональный компоненты, при этом последний характеризуется равнодушием или положительными эмоциями по поводу бездействия. Прокрастинатор же, напротив, испытывает острые негативные переживания (чувство вины, тревогу и неуверенность) и сильно заинтересован в результате, что и составляет сущностное различие данных понятий [5, С. 121].

В современной науке выделяют различные виды прокрастинации. Н. Милграм с соавторами разработал классификацию, включающую бытовую, невротическую, компульсивную и академическую прокрастинацию, а также прокрастинацию в принятии решений [4, С. 112]. В контексте высшего образования преимущественно изучается академическая прокрастинация, проявляющаяся в откладывании подготовки к занятиям и экзаменам до критического момента. Именно учебный процесс, по мнению ряда авторов, создает условия, провоцирующие промедление: навязанность заданий извне, длительные сроки выполнения, отсроченность последствий и рутинный характер задач [3, С. 185].

Дж. Р. Феррари типологизировал прокрастинаторов в зависимости от личностных особенностей, выделив «нерешительных» (движимых страхом ошибки), «избегающих» (стремящихся избежать оценок) и «искателей острых ощущений» (получающих удовольствие от деятельности в условиях дефицита времени) [2, С. 214]. В отечественной психологии В.С. Ковылин разделяет прокрастинацию на «расслабленную» (переключение на приятные дела) и «напряженную» (связанную с перегрузкой и неуверенностью в себе) [8, С. 235].

Когнитивные и мотивационные механизмы прокрастинации

Существенный вклад в понимание механизмов прокрастинации вносит когнитивный подход. Согласно данной модели, центральную роль в



формировании паттерна откладывания играют специфические особенности мышления. В ряде исследований подчеркивается, что одной из ключевых установок, провоцирующих откладывание, является иррациональное убеждение в необходимости выполнять любую работу идеально. Стремление использовать безупречный результат как единственный критерий успеха приводит к тому, что студент, сталкиваясь с ограничениями по времени или сложностью материала, испытывает страх совершить ошибку [2, С. 97]. Ожидание неудачи не мобилизует, а, напротив, парализует деятельность, заставляя индивида откладывать выполнение задачи.

Подобное поведение является формой защитного механизма. Откладывая работу до последнего момента, студент-перфекционист получает удобное оправдание потенциально низкому качеству результата, ссылаясь на нехватку времени, а не на недостаток способностей или знаний. Опасение получить негативную оценку и разочароваться в себе создает замкнутый круг: страх перед неидеальной работой ведет к бездействию, которое в свою очередь усиливает чувство вины и психологический дискомфорт [4, С. 231]. Также было выявлено, что прокрастинаторы склонны придерживаться установки «я всегда должен выполнять работу хорошо», а многие из них руководствуются принципом: «Если не можешь сделать что-то идеально, лучше не делать этого вовсе» [8, С. 325].

Теоретический обзор исследований перфекционизма

Перфекционизм как научное понятие был впервые сформулирован в 1965 году М. Холендером, охарактеризовавшим его как постоянное предъявление личностью чрезмерно высоких требований к себе при выполнении значимой деятельности. Изучением данного феномена в зарубежной психологии продуктивно занимались П. Хьюитт и Г. Флетт, а также Д. Бернс и Д. Хамачек [5, С. 97]. В отечественной науке данную проблематику разрабатывали Н.Г. Гаранян и Е.П. Ильин [4, С. 205].



Принципиально важным является разделение Д. Хамачеком «здорового» и «невротического» перфекционизма. Нормальный перфекционист гибко адаптирует стандарты к реальности и испытывает удовлетворение от усилий, в то время как невротический устанавливает недостижимые цели, не оставляя себе права на ошибку, что погружает его в перманентное чувство неполноценности [3, С. 201]. Чрезмерная обеспокоенность недостатками своей деятельности, сомнение в качестве результата и значимость родительских оценок являются ключевыми составляющими невротического перфекционизма [3, С. 107].

В 1990-е годы произошел переход к многомерным моделям. П. Хьюитт и Г. Флетт описали три составляющие перфекционизма: субъектно-ориентированный (завышенные требования к себе), объектно-ориентированный (нереалистичные требования к другим) и социально предписанный (ощущение, что окружающие предъявляют невыполнимые требования). Данная модель легла в основу соответствующей диагностической методики [5, С. 205]. Р. Фрост с коллегами включили в структуру перфекционизма шесть параметров: личные стандарты, озабоченность ошибками, сомнения в собственных действиях, родительские ожидания, родительскую критику и организованность [3, С. 112].

Особенности студенчества как возрастного периода

Студенчество традиционно соотносится с юношеским возрастом, охватывающим период от 17 до 25 лет, и представляет собой переходный этап от подростничества к взрослости [9, С. 185]. В этот период завершается формирование когнитивной сферы: мышление приобретает комплексный характер, а его развитие происходит в тесной связи с формированием личности и выработкой мировоззренческой позиции [4, С. 168].

Эмоциональная сфера в юности уже сформирована и отличается относительной устойчивостью, однако может осложняться внутренним конфликтом между желанием жить настоящим и планированием будущего [7, С.



257]. Ключевым новообразованием периода молодости является достижение идентичности, позволяющей перейти к формированию интимности, тогда как диффузия идентичности грозит закреплением инфантильной позиции и страха перед самостоятельностью [9, С. 206]. Центральным становится притязание на профессиональный успех и признание собственной индивидуальности. Совокупность возрастных изменений – достижение самостоятельности, формирование мировоззрения, пик интеллектуальных и творческих способностей – делает студенческий возраст сенситивным для появления как перфекционистских тенденций, так и прокрастинации, когда страх несоответствия идеальным стандартам блокирует деятельность.

Специфика взаимосвязи в зависимости от профиля обучения и мотивации

Анализ психологических особенностей студентов различных профилей подготовки позволяет предположить существование качественных различий в генезисе прокрастинации и перфекционизма. Студенты гуманитарных специальностей, в частности психологи, часто сталкиваются с необходимостью поиска, осмысления и запоминания больших объемов теоретического материала. Данная специфика учебной деятельности формирует у учащихся иллюзию возможности отсроченного выполнения заданий по принципу «успею всё потом прочитать». В отличие от них, студенты технических направлений преимущественно имеют дело с заданиями прикладного характера, выполнение которых объективно требует длительного времени и не может быть завершено в сжатые сроки, вследствие чего стратегия откладывания учебных задач для них менее характерна.

Считается, что учащимся-гуманитариям в большей степени свойственен перфекционизм, ориентированный на себя, что выражается в завышенных



требованиях к результатам собственной деятельности, например, в стремлении учиться на «отлично».

Для студентов технических специальностей более характерен социально-предписанный перфекционизм, при котором требования, предъявляемые окружением, воспринимаются как завышенные и идеалистические [5, С. 208]. При этом у студентов технического профиля часто наблюдается склонность к тщательности и педантичности при выполнении заданий с фокусом на достижение высоких результатов, а не на их внешнюю демонстрацию.

Характер взаимосвязи между рассматриваемыми феноменами также не отличается единообразием. В ряде случаев прокрастинация выполняет функцию механизма психологической защиты. Когда молодой человек сталкивается с завышенными ожиданиями со стороны окружающих или предъявляет к себе нереалистичные требования, закономерно возникают страх несоответствия и ощущение собственной неполноценности. Чтобы оградить себя от разочарования и уберечь самооценку, студент прибегает к откладыванию дел.

В основе пересечения перфекционизма и прокрастинации лежит мотивационный компонент. Данные исследований вскрывают противоречивость мотивационной сферы невротических перфекционистов: выраженное стремление к совершенству у них нередко соседствует со сниженной мотивацией достижения, при которой желание избежать провала заметно перевешивает тягу к успеху [4, С. 139]. Поведение в этом случае смещается в сторону избегания и потери продуктивности. Отдельно стоит выделить «конфликт достижения», введенный в научный оборот Х. Хекхаузенем. Это состояние, при котором выраженная ориентация на успех сталкивается со столь же мощным страхом перед возможной неудачей [8, С. 216]. Это внутреннее напряжение создает благоприятную почву для прокрастинации, когда студент откладывает



выполнение задания, чтобы не столкнуться с возможностью неидеального результата.

С прокрастинацией тесно связан и конструкт оценочной тревожности. Ч. Спилбергер определяет ее как специфическую личностную тревожность, проявляющуюся в ситуациях оценивания знаний и умений [4, С. 305]. Тревожные студенты в подобных ситуациях склонны отвлекаться на самокритику и переживания о том, как их оценят, что мешает сосредоточиться на задании [9, С. 97]. Откладывание выполнения работы в данном случае может субъективно восприниматься как способ отсрочить момент оценивания и снизить интенсивность тревоги.

Эмпирические результаты исследования

На первом этапе анализа эмпирических данных был проведён квартильный расчёт для выделения подгрупп студентов с разным уровнем перфекционизма. Нижний квартиль (суммарный балл ≤ 23) соответствовал низкому уровню, средние значения (24–43 балла) – умеренному, и верхний квартиль (≥ 44 баллов) – высокому уровню перфекционизма. Среди студентов гуманитарного профиля (группа 1) высокий уровень перфекционизма был выявлен лишь у 13% испытуемых, при этом доминировали умеренные показатели (80%). Иная картина зафиксирована в группе студентов технических специальностей (группа 2), где 93% участников продемонстрировали высокий суммарный перфекционизм ($M=53,8$ балла) с выраженным пиком по шкале «Озабоченность оценками» ($M=18,9$). Студенты естественно-научных и медицинских направлений (группа 3), наоборот, показали самые низкие баллы по перфекционизму среди всех участников: 73% из них попали в нижний квартиль ($M=21,3$). Такой расклад подтверждает описанные в теоретической части различия в личностных профилях. Иными словами, «технари» чаще склонны к социально предписанному перфекционизму и сильнее ощущают давление



ожиданий извне, тогда как гуманитарии выглядят более уравновешенными по уровню требований к себе и не уходят в крайние формы дезадаптивного совершенства.

Важным шагом в анализе стало сравнение групп по всем диагностическим шкалам. Для этого мы воспользовались критерием Крускала-Уоллиса (таблица 1).

Таблица 1 – Результаты сравнения трёх групп по изучаемым показателям

Шкалы	H Крускала-Уоллеса	ст.св.	Асимп. знач. (p)
Озабоченность оценками	12,961	2	0,002**
Высокие стандарты	3,053	2	0,217
Негативное селектирование	5,838	2	0,054
Суммарная прокрастинация	8,744	2	0,013*
Суммарный перфекционизм	38,674	2	<0,001***

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Как видно из таблицы, между группами обнаружены статистически значимые различия по общему уровню прокрастинации ($H=8,744$; $p=0,013$) и перфекционизма ($H=38,674$; $p<0,001$). Гипотеза исследования, предполагавшая существование различий в уровне прокрастинации и перфекционизма у студентов разного профиля, полностью подтвердилась.

Наиболее высокие значения суммарной прокрастинации присущи студентам технического профиля (группа 2), у которых средний балл достиг 64,7 (что значительно превышает средние показатели группы гуманитариев ($M=51,3$) и студентов-естественников ($M=48,9$)). Полученный результат закономерен: именно у «технарей» обнаружен максимальный суммарный перфекционизм ($M=53,8$), причем рост прокрастинации здесь происходит на фоне крайне



высокой озабоченности оценками ($N=12,961$ при $p=0,002$) – фактора, отражающего ощущение субъектом завышенных требований извне.

Структура взаимосвязи иллюстрируется тем, что высокие стандарты деятельности сами по себе не являются дифференцирующим признаком ($p=0,217$) и не провоцируют откладывание дел до тех пор, пока к ним не присоединяется компонент тревоги за социальную оценку.

Негативное селектирование (склонность к избирательному фокусированию на неудачах) также демонстрирует тенденцию к значимости ($p=0,054$), внося вклад в механизм прокрастинации как защитного избегания потенциальной критики. В группе 2 обнаружилось парадоксальное сочетание высокого перфекционизма с самой выраженной прокрастинацией. Этот результат служит эмпирическим подтверждением модели невротического перфекционизма: не в силах соответствовать жестким, навязанным извне стандартам, студент отодвигает деятельность на потом, оберегая самооценку от того, что он сам расценивает как неминуемый провал.

Отдельного внимания заслуживает группа 3 (естественно-научный и медицинский профиль). При самых низких баллах по перфекционизму ($M=21,3$) и прокрастинации ($M=48,9$) эти ребята, похоже, больше включены в сам процесс решения задач и слабо оглядываются на внешнюю оценку. Их учебная деятельность не отягощена иррациональными установками в духе «сделай идеально или не берись вовсе», благодаря чему почва для защитного откладывания дел попросту исчезает.

Заключение

Теоретический анализ показывает, что связь перфекционизма и прокрастинации в студенческой среде действительно существует, однако она сложна и неоднозначна. Прокрастинация представляет собой широко распространенное явление, характеризующееся циклическим повторением



поведенческого паттерна откладывания актуальных дел вопреки осознанию негативных последствий. Перфекционизм, центральным компонентом которого выступает стремление к совершенству и предъявление завышенных стандартов, может выступать фактором, как провоцирующим откладывание начала деятельности, так и препятствующим ее завершению.

Эмпирический анализ позволил установить, что уровень и содержательные характеристики перфекционизма являются дифференцирующим фактором в проявлении прокрастинации. Студенты с преобладанием дезадаптивного социально предписанного перфекционизма (озабоченность оценками) демонстрируют достоверно более высокий уровень ситуативного откладывания учебных задач. Напротив, отсутствие фиксации на внешних стандартах и сниженный суммарный перфекционизм сопровождаются меньшей академической прокрастинацией.

Характер связи между изучаемыми феноменами во многом опосредован спецификой направления профессиональной подготовки. Студенты-гуманитарии демонстрируют большую склонность к прокрастинации, подкрепляемую установками, ориентированными на субъективное совершенство. У студентов технических направлений механизмы прокрастинации чаще актуализируются под влиянием внешних социальных ожиданий. В обоих случаях прокрастинация выполняет защитную функцию, ограждая личность от травмирующего опыта несоответствия идеализированным представлениям о результате.

Полученные данные подтверждают необходимость дифференцированной психокоррекционной работы, направленной не на устранение высоких стандартов деятельности как таковых, а на работу с иррациональной тревогой, страхом оценивания и селективированием негативного опыта, особенно в технических вузах. Дальнейшие исследования в данной области целесообразно



сосредоточить на углубленной дифференциации видов изучаемых феноменов и отслеживании их динамики на разных этапах вузовского обучения, а также на разработке программ коррекции иррациональных установок.

Источники и литература / Sources and references:

1. Барабанщикова В.В., Каминская Е.О. Феномен прокрастинации в деятельности членов виртуальных проектных групп // Национальный психологический журнал. 2013. № 2 (10). С. 43-51.
2. Варваричева Я.И. Феномен прокрастинации: проблемы и перспективы исследования // Вопросы психологии. 2010. № 3. С. 121-131.
3. Гаранян Н.Г. Типологический подход к изучению перфекционизма // Вопросы психологии. 2009. № 6. С. 52-60.
4. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 18-48.
5. Грачева И.И. Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта и Г. Флетта // Психологический журнал. 2006. Т. 27. № 6. С. 73-81.
6. Ильин Е.П. Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень. СПб.: Питер, 2011. 224 с.
7. Карловская Н.Н., Баранова Р.А. Взаимосвязь общей и академической прокрастинации и тревожности у студентов с разной академической успеваемостью // Психология в вузе. 2008. № 3. С. 38-49.
8. Ковылин В.С. Теоретические основы изучения феномена прокрастинации // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2013. № 2. С. 22-28.
9. Митина Л.М., Митин Г.В. Психологический анализ проблемы маргинализма, прокрастинации, выученной беспомощности как барьеров



личностно-профессионального развития человека // Психологическая наука и образование. 2020. Т. 25. № 3. С. 90-100.

10. Хухлаева О.В. Психология развития: Молодость, зрелость, старость: учеб. пособие. М.: Академия, 2009. 208 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КРИЗИСЕ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Рябцева Д. А., Карел Е. В., Паршина Д. А.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – канд. псих. наук, доцент Е.В. Янко

Аннотация. В статье представлен обзор психологических особенностей детей и подростков в период возрастных кризисов (3 года, 7 лет, подростковый возраст). Рассматриваются основные проявления кризисов, их внутренние механизмы и задачи развития с позиций ведущих отечественных и зарубежных психологов (Выготский, Эльконин, Леонтьев, Эриксон, Пиаже). Описаны эмоциональные и поведенческие реакции, характерные для каждого возраста, а также методы диагностики и коррекции кризисных состояний. Особое внимание уделено факторам риска и защиты, роли семьи и социальной среды, а также современным вызовам: цифровизации, новым формам стресса, влиянию пандемии. Обозначены актуальные проблемы исследований: недостаточная изученность отдельных возрастных групп, методологические ограничения, нехватка междисциплинарных и лонгитюдных исследований, слабая проработка культурных и социальных различий, а также разрыв между теорией и практикой. Подчеркивается необходимость создания научно обоснованных программ профилактики и поддержки для гармоничного взросления личности.



Ключевые слова: возрастные кризисы, психология развития, эмоциональные и поведенческие проявления, диагностика, коррекция, факторы риска и защиты, семья, подростковый возраст, цифровизация, профилактика.

PSYCHOLOGICAL PROFILE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN CRISIS: A LITERATURE REVIEW

Ryabtseva D. A., Karel E. V., Parshina D. A.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – E.V. Yanko

Abstract. The article provides a review of the psychological characteristics of children and adolescents during age-related crises (at 3, 7 years, and adolescence). The main manifestations of crises, their internal mechanisms, and developmental tasks are examined from the perspectives of leading Russian and foreign psychologists (Vygotsky, Elkonin, Leontiev, Erikson, Piaget). Emotional and behavioral reactions typical for each age are described, as well as methods for diagnosing and correcting crisis states. Special attention is given to risk and protective factors, the role of family and social environment, and modern challenges: digitalization, new forms of stress, and the impact of the pandemic. Current research gaps are identified: insufficient study of certain age groups, methodological limitations, lack of interdisciplinary and longitudinal research, weak consideration of cultural and social differences, and the gap between theory and practice. The necessity of developing evidence-based prevention and support programs for harmonious personality development is emphasized.

Keywords: age-related crises, developmental psychology, emotional and behavioral manifestations, diagnostics, correction, risk and protective factors, family, adolescence, digitalization, prevention



Введение

Возрастные кризисы - неотъемлемая часть психического развития ребёнка и подростка. В отечественной и мировой психологии эти периоды рассматриваются не как «поломка» или патология, а как закономерный этап перестройки личности, когда старые формы поведения и отношения с миром перестают удовлетворять растущие потребности, а новые ещё не сформированы. Особенно ярко кризисы проявляются в три ключевых этапа: в 3 года (кризис самостоятельности), в 7 лет (кризис социализации и начала учебной деятельности) и в подростковом возрасте (кризис идентичности).

Каждый из этих периодов сопровождается специфическими эмоциональными и поведенческими проявлениями, которые часто вызывают тревогу у родителей и педагогов. Однако именно в эти моменты закладываются основы воли, самооценки, социальной компетентности и способности к самоопределению. Понимание психологических механизмов кризисов, их задач и рисков позволяет не только грамотно реагировать на трудности взросления, но и создавать условия для гармоничного формирования личности.

Целью данной работы является систематизация современных представлений о психологическом профиле детей и подростков в период возрастных кризисов. В статье рассматриваются основные теоретические подходы к пониманию кризисов развития, анализируются их проявления, факторы риска и защиты, а также методы диагностики и коррекции. Особое внимание уделяется актуальным проблемам исследований и необходимости разработки научно обоснованных программ поддержки для детей, подростков и их семей.

Актуальность. Проблема возрастных кризисов у детей и подростков сохраняет высокую значимость в современной психологии и педагогике, поскольку именно в эти периоды закладываются основы личности, формируются



самооценка, воля, социальная компетентность и идентичность. Понимание механизмов кризисов, своевременная диагностика и грамотная поддержка позволяют предотвратить развитие дезадаптации, тревожных и депрессивных расстройств, а также способствуют формированию гармоничной и устойчивой личности. В условиях стремительных социальных и технологических изменений, появления новых стрессоров (цифровизация, кибербуллинг, последствия пандемии) классические теории требуют переосмысления и адаптации к новым реалиям. Недостаточная изученность отдельных возрастных этапов, отсутствие надёжных инструментов ранней диагностики и эффективных программ профилактики делают тему особенно актуальной как для исследователей, так и для практиков: психологов, педагогов, врачей и социальных работников.

Кризисы взросления: как меняются дети от 3 до 17 лет и почему родителям не стоит паниковать.

Воспитание ребёнка редко бывает спокойным. Периоды относительной стабильности внезапно сменяются взрывами непослушания, истерик, а позже — дерзости и замкнутости. Это не «испорченность» и не ошибки родителей. Психология называет такие этапы возрастными кризисами — естественными переломными моментами, когда старая личность «трещит по швам», чтобы уступить место новой, более зрелой.

Особенно ярко кризисы проявляются в трёх больших вехах: в 3 года, в 7 лет и в подростковом возрасте (примерно с 11 до 17 лет). У каждого из них — свои причины, свои симптомы и своя задача. Но есть и общее: за внешним хаосом всегда стоит рождение нового качества психики.

Дошкольники и младшие школьники (3–10 лет): от «Я сам» до «Кто я в школе?» Кризис 3 лет: рождение личности. В три года ребёнок впервые ощущает себя не частью мамы, а отдельным человеком. Отсюда и главное открытие:



местоимение «Я». Но умение говорить о себе не равно умению управлять собой. Отсюда и пугающий родителей бунт. Что происходит внутри. Малыш пробует границы дозволенного, учится настаивать на своём и впервые испытывает гордость за самостоятельные поступки. По сути, он тренирует волю. Если в этот период всё время подавлять, вырастет неуверенный человек. Если потакать всему — маленький тиран [3].

Как это выглядит (классические 7 симптомов Выготского). Ребёнок начинает говорить «нет» не потому, что не хочет, а потому, что просит конкретный взрослый (это негативизм). Он упрямо стоит на своём, даже если уже раздумал (упрямство). Он отвергает привычный уклад: «Не пойду спать!», «Не буду есть кашу!» (строптивость). Его любимая фраза — «Я сам!», даже если штаны натянуты на голову (своеволие). В магазине он падает на пол с криком — это протест-бунт, потому что эмоции захлёстывают. Вчерашний любимый мишка летит в угол (обесценивание). И наконец, ребёнок пытается командовать всеми домочадцами (деспотизм), особенно если в семье он один.

Что рождается в итоге. Из этого хаоса выходит человек, который умеет отделять свои желания от чужих, способен на инициативу и имеет первичную самооценку [3].

Кризис 7 лет: утрата наивности. Этот кризис часто называют «кризисом первоклашки», хотя он может начаться в 6 лет, а закончиться в 8. Ребёнок переходит от игры к обязанностям. И главное, что меняется — он впервые начинает осознавать свои переживания.

Что происходит внутри. Дошкольник просто злится или радуется. А будущий школьник уже может сказать: «Я расстроен, потому что меня не спросили». Как отмечал Выготский, в этом возрасте внутренняя жизнь отделяется от внешней. Ребёнок теряет непосредственность, начинает примерять



социальные роли, хочет казаться взрослым — отсюда манерничанье и кривляние.

Как это выглядит. Родители замечают, что послушный раньше ребёнок вдруг стал спорить по пустякам, капризничать без причины, болезненно реагировать на критику. Он может забросить старые игрушки, начать подражать учителям или копировать поведение старших. Появляются новые страхи (темноты, одиночества, смерти). Настроение меняется по несколько раз за день.

Что рождается в итоге. Формируется «социальное Я» — понимание себя как части класса, школы, общества. Ребёнок учится планировать, контролировать свои действия (за это отвечают созревающие в 6–7 лет лобные доли мозга) и подчинять поведение правилам.

Особенность возраста 3–10 лет состоит в том, что кризисы здесь короткие (от нескольких месяцев до года) и бурные, но главное — ребёнок всё ещё ориентирован на взрослого. Даже бунтуя, он ждёт реакции мамы или папы. Авторитет родителей пока остаётся высшим.

Подростки (11–17 лет): буря гормонов и поиск себя. Подростковый кризис — самый длительный (может растянуться на 5–6 лет) и самый глубинный. Если в 3 года ребёнок отделяет себя от мамы физически, то в 12–15 — психологически и социально. Он больше не хочет быть «ребёнком родителей». Он хочет быть собой - в глазах сверстников, а не семьи [5].

Физиологическая основа: тело меняется стремительно, гормональные всплески (тестостерон у мальчиков, эстроген у девочек), перестройка нервной системы, рост скелета, вторичные половые признаки. Мозг тоже перестраивается: лимбическая система (эмоции) активируется раньше, чем префронтальная кора (контроль) [5]. Поэтому подросток сначала взрывается, а потом не понимает, почему.



Фазы кризиса (по Выготскому):

1. Негативная фаза (9–11 лет) — ломка старых интересов, уход от прежних привязанностей, начало скрытого протеста.
2. Кульминация (13–15 лет) - пик конфликтов, отрицание авторитетов, эксперименты с внешностью, рискованное поведение.
3. Позитивная фаза (15–17 лет) - формирование новых ценностей, выбор жизненного пути, обретение относительной внутренней стабильности [1].

Как это выглядит (проявления):

Эмоционально: перепады от эйфории до депрессии за час, агрессия, тревога по поводу внешности и будущего, ранимость до слёз.

Поведенчески: споры с родителями по любому поводу, отказ от обязанностей, подражание кумирам (блогерам, музыкантам), тяга к риску, снижение успеваемости.

Социально: главный авторитет - сверстники, а не семья. Желание вписаться в группу, субкультуру. Самооценка скачет от «я гений» до «я ничтожество» в зависимости от того, приняли или отвергли в компании.

Разница между мальчиками и девочками:

- Девочки входят в кризис раньше (с 10–11 лет), но их кризис чаще протекает в эмоционально-болезненной форме: самокритика по поводу внешности, страх сплетен, социальное исключение. Гормональные изменения (менструации) добавляют цикличности настроению.

- Мальчики начинают позже (12–13 лет), но их кризис обычно ярче по поведению: вспышки ярости, драки, уход в гаджеты или дворовые компании, притупленное чувство опасности. Они жестче конкурируют за лидерство.

Ключевая задача подросткового возраста (по Эриксону) [5]. Это кризис идентичности. Подросток должен ответить себе: «Кто я? Куда иду? Кем хочу быть?». Он пробует роли через одежду, музыку, хобби, иногда опасные



эксперименты. Если взрослые разрешают эти пробы без уничтожающей критики, формируется цельная личность. Если запрещают или высмеивают — возникает ролевая путаница, стыд, тревога и риск депрессии.

С каждым кризисом ребёнок отдаляется от семьи и приближается к обществу:

- В 3 года он учится отделять себя от мамы физически.
- В 7 лет — входит в мир правил и социальных ролей.
- В 17 лет — психологически покидает родительскую орбиту, чтобы выстроить свою.

Если на первом этапе родителям важно просто выдержать истерику, на втором — не засмеять желание казаться взрослым, то на третьем — главное искусство — вовремя отпустить, оставаясь рядом. Подросток должен знать: его пробы не приведут к изгнанию из семьи.

Вместо заключения: кризис — это не поломка. То, что пугает родителей — истерики, дерзость, отрицание всего привычного — на самом деле является признаком нормального развития. Отсутствие кризисов или их слишком вялое течение — повод насторожиться: возможно, развитие искусственно заторможено гиперопекой или травмой.

Конечно, есть красные флаги: суицидальные мысли, длительная депрессия, уход из дома, опасная для жизни «проверка границ». В таких случаях нужен психолог или психиатр. Но обычные капризы трёхлетки, кривлянье первоклассника или хамство подростка — это не враги, которых надо победить. Это язык, на котором растущая личность говорит: «Я меняюсь. Помогите мне справиться» [8].

И если родителям удаётся в каждом таком шторме не разрушить отношения, а перестроить их на новый лад - они дарят ребёнку главное: способность взрослеть, не теряя связи с теми, кто его любит.



Как разные психологи объясняют детские кризисы: от Л.С. Выготского до Ж. Пиаже

Возрастные кризисы – это не просто капризы или трудности взросления. Для психологов это важные точки перехода, когда ребенок меняется изнутри. По-новому видит этот мир, себя и других. Но почему одни считаются кризисы неизбежными, а другие – следствием ошибок в воспитании? Разберем взгляды пяти классиков психологии, чтобы увидеть, как по-разному можно объяснять одни и те же явления.

Выготский Л.С. первым показал, что развитие идет не плавно, а скачками. Он разделил детство на два типа периодов: стабильные и кризисные. Стабильные – это долгие этапы, где изменения копятся незаметно. В конце такого периода происходит качественный скачок, появляются новые способности и черты характера. Кризисные – короткие, но бурные фазы (от нескольких месяцев, до года-двух), когда старая картина мира начинает рушиться, а на ее месте строится новая [1].

Выготский подчеркивал: «Кризис – не болезнь, а момент перестройки психики. Именно через него ребенок переходит на новый возраст». Он выделил несколько ключевых точек: кризис новорожденности, 1 года, 3 лет, 7 лет, 13 и 17 лет.

Эльконин Д.Б. взял идею Выготского и добавил к нему важный механизм – чередование двух типов деятельности. По его мнению, ребенок развивается, осваивая отношения с людьми и действия с предметами. Отношения с людьми, имеется в виду освоение правил, норм, эмоций, например, когда ребенок учится договариваться или обижаться. Действия с предметами – умение пользоваться ложкой, ножницами, компьютером, то есть освоивание практических навыков [3].



Кризис возникает, когда между этими сферами деятельности накапливается разрыв. Допустим, ребенок умеет многое делать сам, но взрослые все еще обращаются с ним как с малышом.

Эльконин разделил кризисы на два вида: кризисы отношений (3 года, подростковый возраст) и кризисы мировоззрения (1 год, 7 лет). Первый вид возникает, когда рвутся старые связи со взрослыми и появляется «Я сам!». Второй, когда резко расширяется мир вещей и возможностей вокруг.

Леонтьев А.Н. предложил простой, но мощный принцип: «В каждом возрасте есть ведущая деятельность – та, что больше всего влияет на развития. Игра для дошкольника, учеба для школьника и общения для подростка».

Леонтьев считает, что кризис – это момент, когда ведущая деятельность уже не «кормит» развитие, а новая еще не включилась. Например, в 3 года игра становится сложной, а самостоятельность требует реальных дел – отсюда появляются упрямство и протесты. Или в 7 лет учебная деятельность выходит на первый план, а ребёнок вдруг начинает спорить с родителями о «правильном» поведении [4].

Важно отметить, что кризиса можно избежать, если вовремя помочь ребенку перейти к новому виду деятельности.

Эриксон Э. вышел за рамки периода детства и описал 8 стадий развития личности – от младенчества до старости. На каждой стадии человек сталкивается с задачей, от решения которой зависит его дальнейшая жизнь.

Его ключевая идея заключается в том, что кризис – это поворотный момент выбора. Например, в подростковом возрасте главный вопрос звучит так «Кто я?». Если подросток находит ответ, то формируется цельная личность. Если нет – возникает ролевое смещение, он не понимает, чего хочет и куда идет.

Эриксон подчеркивал: «Исход кризиса не записан в генах. Он зависит от общества, семьи, культуры – и от того, насколько человек готов расти».



Ж. Пиаже не говорил о кризисах на прямую, но его теория отлично объясняет, почему дети в определенные моменты ведут себя странно. Он считал, что развитие интеллекта – смена стадий мышления [6].

От 0 до 2 лет идет познание чрез действия, то есть потрясти, бросить игрушку, попробовать на вкус. От 2 до 7 – мир видится эгоцентрично, то есть ребенок уверен, что все думают так же, как и он. От 7 до 11 лет появляется логика и правила, например, понимание, что объем воды не меняется в разной посуде. С 12 лет – абстрактное мышление, можно рассуждать о гипотезах, справедливости, будущем [7].

Переход между стадиями – это тихая революция в голове. Старые схемы перестают работать, а новые еще не сложились. Возникает, то что многие родители называют «кризисом»: вопросы «почему?», споры, непослушание. Пиаже показал, что это не бунт, а поиск новых способов понимать мир.

Изложенных выше авторов объединят, то, что они считают кризисы не сбоем, а двигателем развития. Выготский видел в них перестройку социальной ситуации. Эльконин – расхождение между освоенными отношениями и навыками. Леонтьев – смену ведущей деятельности. Эриксон – выбор новой идентичности. А Пиаже – переход на новую стадию мышления. Получается, когда ребенок «сломался» и ведет себя не так, как раньше, он на самом деле растет. И задача взрослого состоит в том, чтобы помочь ему пройти эту бурю насквозь.

Кризисы 3, 7 и 13 лет

Когда трёхлетка падает на пол в магазине, первоклассник начинает кривляться без причины, а подросток хлопает дверью и уходит в наушники — родители часто видят в этом проблему. Но с точки зрения Выготского и Эриксона, это не поломка, а норма. Более того, именно в эти периоды решается,



с каким багажом ребёнок войдёт во взрослую жизнь. Всё зависит от одного: как рядом поведут себя взрослые.

Что усиливает риски кризиса 3 лет:

- Авторитарное воспитание и гиперопека. Когда родители кормят, одевают или решают за ребёнка то, с чем он справился бы сам, — вместо инициативы формируется чувство стыда и сомнения в своих силах (Эриксон прямо указывал: в этом возрасте нужна свобода в безопасных границах) [5].

- Нестабильность требований. Если сегодня «нельзя» то, что вчера было «можно», или папа запрещает, а бабушка разрешает — ребёнок теряет ориентиры, и протестное поведение только усиливается [1].

- Игнорирование желаний ребёнка. Когда на «Я сам!» взрослый отвечает «Нет, ты ещё маленький», — возникает бунт. Ребёнку жизненно важно, чтобы его самостоятельность воспринимали всерьёз [1].

Что работает как защита:

- Поощрение попыток быть независимым. Пусть надевает штаны сам, даже если это займёт пять минут. Пусть выбирает, из какой тарелки есть. Каждая такая мелочь — кирпичик в фундамент уверенности.

- Создание безопасной среды. Быть рядом, но не мешать. Убрать из поля зрения опасные предметы - и отпустить исследовать.

- Положительная оценка достижений. «Ты сам застегнул пуговицу — молодец!» Формируется гордость за успехи, а не страх ошибиться.

Что усиливает риски кризиса 7 лет:

- Ригидность воспитания. Попытки родителей сохранить старые формы общения (например, ужесточить требования или, наоборот, продолжать сюсюкать) приводят к затяжному конфликту [1].



- Несоответствие ожиданий. Дома с ним как с маленьким, в школе — высокие требования. Ребёнок оказывается в ловушке: он уже не дошкольник, но ещё не полноценный ученик.

- Конфликты в семье и неуверенность родителей. Когда мама с папой спорят о методах воспитания или сами не знают, что разрешить, — упрямство и капризы только нарастают.

Что работает как защита:

- Новые формы сотрудничества. Не диктат, а партнёрство. Ребёнок имеет право на своё мнение (даже если оно ошибочно). Признание его достоинства — ключ [1].

- Поддержка «внутренней позиции школьника». Не обесценивать его желание быть как взрослые. Обсуждать школу, помогать собирать портфель, но не делать это за него [1].

- Избегать завышенных требований и едкой критики. Иначе вместо здорового отношения к ошибкам формируется болезненная реакция на любое замечание [1].

Что усиливает риски пубертатного кризиса:

- Недостаток поддержки и понимания. Подросток рвётся к независимости, но одновременно отчаянно нуждается в принятии. Когда взрослые не видят этой двойственности — кризис идентичности становится болезненным [5].

- Чрезмерный контроль и гиперопека. Попытки сохранить старые модели («Я сказала — значит, так») порождают либо бунт, либо инфантильность. Конфликт между стремлением к автономии и потребностью в поддержке не разрешается.

- Отрицание изменений в личности. «Ты для меня всегда будешь ребёнком» — эта фраза для подростка как красная тряпка. Он начинает доказывать обратное через рискованное поведение.



Что работает как защита:

- Пространство для социальных экспериментов. Подросток должен иметь возможность пробовать разные роли (в кружках, волонтерстве, временных подработках) в безопасных условиях. Это и есть эриксоновский «психосоциальный мораторий» [5].
- Поддержка самоопределения. Не давить с выбором профессии, но обсуждать, помогать искать информацию, уважать его интересы — даже если они кажутся глупыми [5].
- Открытый диалог о ценностях. Не читать нотации, а разговаривать: «А почему ты так думаешь?», «А что для тебя честно?», «Как бы ты поступил?». Так формируются нравственные убеждения, а не слепое копирование [5].

Родители не могут отменить кризис. Но они могут выбрать: стать тем, кто давит и ломает, или тем, кто гибко перестраивает отношения, уважая меняющуюся личность. Во втором случае кризис заканчивается не потерей контакта, а рождением нового, более зрелого уровня доверия.

Эмоциональные и поведенческие проявления кризиса, и методы диагностики, и коррекции

Кризисные состояния у детей и подростков сопровождаются широким спектром эмоциональных и поведенческих проявлений, которые зависят от возраста и индивидуальных особенностей. У дошкольников (3–6 лет) часто наблюдаются страхи и тревожность: ночные страхи, боязнь темноты, одиночества, сказочных персонажей, а тревожность может проявляться в повышенной привязанности к родителям и нежелании оставаться одному. Характерны аффективные вспышки — резкие перепады настроения, истерики, плач без видимой причины, что связано с несформированностью механизмов эмоциональной регуляции. Также отмечается чувство неуверенности: отказ от



новых видов деятельности, страх неудачи, повышенная чувствительность к критике.

У младших школьников (7–10 лет) часто встречается школьная тревожность: страх не оправдать ожидания родителей и учителей, боязнь ошибок, публичных выступлений, иногда сопровождающаяся соматическими симптомами — головными болями, болями в животе. Проявляются обидчивость и ранимость: повышенная чувствительность к замечаниям, склонность воспринимать нейтральные ситуации как направленные против себя, а также чувство одиночества, возникающее при трудностях адаптации в коллективе или отсутствии близких друзей.

Для подростков (11–17 лет) характерны эмоциональная лабильность — частые и резкие смены настроения, от эйфории до глубокой печали, что связано с гормональной перестройкой и когнитивным развитием. Возможны депрессивные состояния: чувство подавленности, апатия, потеря интереса к ранее значимым занятиям, в тяжёлых случаях - суицидальные мысли. Часто возникают экзистенциальные переживания: вопросы о смысле жизни, своём предназначении, месте в мире, сопровождающиеся чувством внутренней пустоты и отчуждения.

Поведенческие реакции в кризисный период служат способом выражения эмоционального напряжения и адаптации к изменениям. У дошкольников это проявляется в негативизме и упрямстве - отказе выполнять просьбы взрослых, настаивании на своём даже в ущерб собственным интересам, что характерно для кризиса 3 лет, а также в протесте-бунте - демонстративном нарушении правил, капризах, требовании «всё делать самому».

В стрессовых ситуациях возможно регрессивное поведение - возвращение к более ранним формам поведения («детский» лепет). У младших школьников отмечается снижение учебной мотивации: пропуски занятий, невыполнение



домашних заданий, демонстративное игнорирование школьных правил, а также агрессивное поведение — драки, оскорбления, порча вещей, которое может быть направлено как на сверстников, так и на взрослых. Иногда наблюдается гиперактивность или заторможенность: неспособность сосредоточиться на заданиях либо, наоборот, чрезмерная двигательная активность.

У подростков кризис может выражаться в рискованном поведении: употреблении психоактивных веществ, экстремальных увлечениях, небезопасном вождении как способе испытать границы и получить сильные эмоции. Характерна конфликтность: открытое противостояние родителям и учителям, отрицание авторитетов, нигилизм. Часто происходит изменение круга общения: уход из прежних групп, присоединение к неформальным объединениям, поиск «своих», а также чрезмерная виртуальная активность — увлечение компьютерными играми, социальными сетями как способ ухода от реальных проблем. В тяжёлых случаях возможно самоповреждающее поведение — нанесение себе порезов, ожогов, что часто связано с неспособностью выразить и пережить сильные эмоции.

Комплексная диагностика кризисного состояния включает несколько этапов и методов. На первом этапе проводится сбор анамнеза: беседа с ребёнком, опрос родителей и педагогов, анализ семейной ситуации и значимых событий. Важную роль играет наблюдение за поведением в естественной среде (дома, в школе), в процессе выполнения диагностических заданий с фиксацией эмоциональных реакций и способов взаимодействия. Психологическое тестирование позволяет оценить уровень тревожности (например, шкала тревожности Спилбергера-Ханина), самооценку (методика Дембо-Рубинштейн), эмоциональное состояние (цветовой тест Люшера, проективные рисуночные тесты), межличностные отношения (социометрия, тест Лири). Дополнительно анализируются школьная успеваемость и посещаемость, при необходимости



проводится медицинское обследование для исключения соматических причин кризиса.

Коррекция кризисных состояний требует комплексного подхода с учётом возраста и индивидуальных особенностей ребёнка. Индивидуальная психотерапия может включать когнитивно-поведенческую терапию для выявления и изменения негативных мыслительных установок, обучение навыкам саморегуляции, психодраму для проработки конфликтов через ролевую игру (особенно эффективна для подростков), арт-терапию для выражения и переработки эмоций через изобразительные материалы, музыку, танец. Групповые формы работы представлены тренингами коммуникативных навыков, стрессоустойчивости и принятия решений, а также группами поддержки для подростков со схожими проблемами. Семейное консультирование направлено на обучение родителей навыкам активного слушания и эмпатического общения, коррекцию стиля воспитания, разрешение семейных конфликтов. Педагогическая поддержка включает адаптацию учебной программы, создание ситуаций успеха, вовлечение в социально значимую деятельность (волонтёрство, кружки).

Социальная поддержка предполагает подключение социальных служб при неблагоприятных условиях жизни, организацию досуга и занятости, помощь в профориентации для старших подростков. Медикаментозная терапия применяется только по назначению врача при выраженных депрессивных состояниях или тревожных расстройствах и только в сочетании с психотерапией. Самое важное - выбор методов коррекции должен основываться на результатах диагностики и осуществляться при участии квалифицированных специалистов: психологов, психотерапевтов, педагогов.



Проблемы в исследованиях

Несмотря на большую теоретическую базу в изучении возрастных кризисов, в этой области остаётся немало белых пятен. Разберём ключевые проблемы и направления, требующие дополнительного внимания исследователей.

Первым, хочу отметить недостаточную изученность отдельных возрастных групп. Некоторые возрастные периоды исследованы гораздо слабее других, либо фокус смещен на отдельные аспекты, либо границы возрастов размыты.

Дошкольный возраст (3 -6 лет). Большинство исследований сосредоточено на семье, как на основном контексте развития. При этом не изучены кризисные проявления в других средах, например, в детском саду, на игровых площадках, взаимодействие с расширенной семьей (бабушками, дедушками и так далее). Мало данных о том, как групповые нормы в дошкольном учреждении влияют на протекание кризиса 3 лет.

Младший школьный возраст (7-10 лет). Акцент традиционно делается на учебных трудностях, таких как адаптация к школе, успеваемость, дисциплина. Но социальные и эмоциональные кризисы, например, сложности в дружбе, травле, смена школы – остаются в тени. Нет четкой картины, как именно, эти факторы влияют на самооценку и мотивацию ребенка.

Поздняя юность (18-25 лет). Граница между подростковым кризисом и кризисом ранней взрослости размыта. Неясно, где заканчивается «подростковость» и начинается зрелость. Мало исследований о специфических кризисах этого периода, такие как выбор профессии, первые серьезные отношения, финансовая независимость, переезд от родителей. Часто эти вопросы рассматриваются изолированно, без связи с предшествующими этапами развития.



Во-вторых, методологические ограничения. Методы, которыми пользуются исследователи, часто не дают полной картины представления.

Преобладание кросс-секционных исследований. Однократные замеры (опросы, тесты) фиксируют лишь «снимок» состояния, но не показывают динамику. Лонгитюдные исследования (длительные наблюдения за одними и теми же людьми) редки из-за высокой стоимости и сложности организации. Без них невозможно понять, как кризис развивается во времени и какие факторы влияют на его исход.

Опора на субъективные методы. Опросники и интервью зависят от честности и самопонимания респондента. Дети могут не осознавать свои переживания, подростки – скрывать их, а родители – недооценивать или преувеличивать проблемы. Объективные данные, такие как нейрофизиологические показатели, видеозаписи поведения, данные цифровых следов – почти не используются в связке с психологическими методами.

Недостаток междисциплинарных исследований. Психология редко сотрудничает с нейробиологией (изучение гормональных и мозговых изменений в кризисные периоды), социологией (влияние социальных норм и трендов), педагогикой (эффективные стратегии поддержки в школе), медициной (связь кризисов с соматическими заболеваниями). Это мешает взглянуть на полную картину происходящего.

В-третьих, культурная и социальная специфика. Большинство теорий построены на данных из западных обществ и не учитывают разнообразие человеческого опыта.

Культурная ограниченность. Теории Выготского, Эриксона, Пиаже в основном проверены на выборках из США и Европы. А как протекают кризисы в коллективистских культурах (Азия, Африка)? Где иные нормы взросления?



Например, в некоторых обществах переход к взрослости маскируется ритуалами, а не внутренними конфликтами.

Маргинализированные группы почти не изучены. Сюда входят дети из неблагополучных семей, где стресс накладывается на возрастные изменения. Мигранты, у которых двойной кризис – адаптация к новой стране и возрастные задачи. Дети с ОВЗ, как особенности развития влияют на переживание кризисов и какие стратегии поддержки работают.

В-четвертых, технологические и социальные изменения. Мир меняется быстрее, чем наука успевает за ним:

Цифровизация. Влияние соцсетей и гаджетов на подростковые кризисы почти не изучены. Как постоянное сравнения себя с другими, давление «идеальных» образов, зависимость от лайков влияют на идентичность и самооценку?

Новые формы стресса. Кибербулинг – травля в сети, которая не заканчивается после школы. Информационная перегрузка – доступ к огромному объему данных без навыков фильтрации. Синдром упущенной выгоды, тревожность из-за онлайн-активности.

Пандемия COVID 19. Отсутствие долгосрочных исследований о том, как изоляция, дистанционное обучение и страх заразиться повлияли на развитие детей разных возрастов. Например, как пропуск «живого» общения в дошкольном возрасте сказался на социализации.

И последнее, пятое, практические пробелы. Теория плохо переводиться в реальную помощь:

Диагностика. Нет надежных инструментов для раннего выявления кризисных состояний. Часто проблемы замечают, когда кризис уже в разгаре, а не на стадии формирования.



Профилактика и коррекция. Мало научно обоснованных программ, которые можно применять в школах, в детских садах, центрах психологической помощи. Существующие методики часто не учитывают возрастную специфику или культурную среду.

Взаимодействие специалистов. Психологи, педагоги, врачи, социальные работники редко работают в одной команде. Допустим, учитель замечает изменения в поведении ребенка, но не знает, к кому направить семью, а психолог не имеет доступа к школьной информации, то приводит к дублированию усилий или, наоборот, к пробелам в поддержке.

Пробелы в изучении возрастных кризисов носят системный характер: от методологии до практики. Чтобы их закрыть, нужны: долгосрочные междисциплинарные исследования, учет культурного и социального разнообразия, адаптация теорий к новым реалиям (цифровизация, глобальные кризисы), разработка прикладных инструментов для диагностики, профилактики и коррекции. Только так можно создать действенную систему поддержки для детей и подростков на всех этапах развития.

Заключение

Возрастные кризисы — это не дефекты воспитания или признаки «испорченности» ребёнка, а фундаментальные, закономерные этапы развития личности. Как показал анализ теоретических подходов Выготского, Эльконина, Леонтьева, Эриксона и Пиаже, за внешними проявлениями — упрямством, истериками, дерзостью или замкнутостью - всегда стоит глубокая внутренняя перестройка. Ребёнок или подросток не просто «плохо себя ведёт», он активно ищет новые способы взаимодействия с миром, формирует свою волю, самооценку и идентичность.

Роль взрослого в этот период кардинально меняется: от тотального контроля в раннем детстве к партнёрству в школьном возрасте и мудрому



сопровождению в подростковом. Кризисы 3, 7 и 13 лет являются ключевыми точками опоры. Если родители понимают природу этих изменений и реагируют не наказанием, а поддержкой и гибкостью, они помогают ребёнку не просто пережить «бурю», а заложить прочный фундамент для будущей зрелой и гармоничной личности.

Однако современная реальность ставит перед исследователями и практиками новые вызовы. Влияние цифровизации, новые формы стресса и глобальные события, такие как пандемия, требуют переосмысления классических теорий и разработки новых, научно обоснованных инструментов для диагностики, профилактики и коррекции кризисных состояний. Только комплексный подход, объединяющий усилия психологов, педагогов, врачей и родителей, способен обеспечить детям и подросткам необходимую поддержку на пути к взрослению.

Источники и литература / Sources and references:

1. Выготский Л. С. Проблема возраста // Собрание сочинений: в 6 т. / Л. С. Выготский; сост. М. Г. Ярошевский; вступ. ст. А. Н. Леонтьев; АПН СССР. — Т. 4. - М.: Педагогика, 1984.- С. 244–268.
2. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. / Л. С. Выготский; сост. М. Г. Ярошевский; вступ. ст. А. Н. Леонтьев; АПН СССР. - Т. 4: Детская психология / под ред., с послесл. (с. 386–403) и коммент. Д. Б. Эльконина. — М.: Педагогика, 1984. — 432 с.
3. Эльконин Д. Б. Психология развития: учебное пособие / Б. Д. Эльконин. - 3-е изд., стереотип. - М.: Академия, 2007. -144 с.
4. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность = Сознание [Текст] / А. Н. Леонтьев. - 2-е изд. - М.: Политиздат, 1977. - 304 с.
5. Эриксон Э. Г. Детство и общество / Э. Г. Эриксон; пер. с англ. и науч. ред. А. А. Алексеева. — 2-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Речь, 2000. - 416 с.



6. Пиаже Ж. Речь и мышление ребёнка / Ж. Пиаже. - М.: РИМИС, 2008. - 436, с.
7. Прихожан А. М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст / А. М. Прихожан. - 2-е изд. - СПб.: Питер, 2007.- 191, с.
8. Карабанова О. А. Возрастная психология: конспект лекций: учебное пособие для вузов / О. А. Карабанова. - М.: Айрис-пресс, 2005. - 239 с.- (Высшее образование). - Библиогр.: с. 235–239.
9. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: учебник для вузов / В. С. Мухина; рецензенты А. В. Петровский, В. П. Зинченко, Л. Ф. Обухова. - 9-е изд., стер. - М.: Академия, 2004. - 456 с.

СОМАТОВЕГЕТАТИВНЫЕ МАСКИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ: ТРУДНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ В ОБЩЕЙ ПРАКТИКЕ

Салахияев В. Е.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – А. С. Яковлев

Аннотация. На основе ретроспективного анализа 10 клинических случаев пациентов с генерализованным тревожным расстройством (ГТР) и паническим расстройством (ПР). Результаты показали, что наиболее частыми масками были неврологические (80%), кардиальные (70%), респираторные (60%) и гастроинтестинальные (50%), а средняя длительность наблюдения до направления к психиатру составила 14,2 месяца. Полученные данные имеют значение для врачей первичного звена, так как ключевым критерием направления к психиатру является неэффективность соматотропной терапии при отсутствии органического субстрата.



Ключевые слова: тревожные расстройства, соматовегетативные маски, генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, ранняя диагностика, гиподиагностика, междисциплинарный подход.

SOMATOVEGETATIVE MASKS OF ANXIETY DISORDERS: DIFFICULTIES OF EARLY DIAGNOSIS IN GENERAL PRACTICE

Salakhiev V. E.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – A.S. Yakovlev

Abstract. Based on a retrospective analysis of 10 clinical cases of patients with generalized anxiety disorder (GAD) and panic disorder (PD). The results showed that the most common masks were neurological (80%), cardiac (70%), respiratory (60%) and gastrointestinal (50%), and the average duration of follow-up before referral to a psychiatrist was 14.2 months. The data obtained are important for primary care physicians, since the key criterion for referral to a psychiatrist is the ineffectiveness of somatotropic therapy in the absence of an organic substrate.

Keywords: anxiety disorders, somatovegetative masks, generalized anxiety disorder, panic disorder, early diagnosis, underdiagnosis, interdisciplinary approach.

Введение

Тревожные расстройства являются одними из наиболее распространённых психических нарушений в общей популяции. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, распространённость генерализованного тревожного расстройства (ГТР) и панического расстройства (ПР) среди взрослого населения достигает 5-7% [3], при этом до 60% пациентов с данной



патологией длительное время наблюдаются у врачей первичного звена [2] — терапевтов, кардиологов, гастроэнтерологов и неврологов.

Основной причиной поздней верификации диагноза является феномен соматизации тревоги [7], при котором психопатологическая симптоматика (чувство внутреннего напряжения, беспричинное беспокойство, ожидание негативных событий) отступает на второй план, а на первый выходят яркие соматовегетативные проявления: тахикардия, кардиалгии, чувство нехватки воздуха, головокружение, тошнота, дискомфорт в эпигастрии и другие. Пациенты, как правило, отрицают психологическую природу своих жалоб и настаивают на соматической причине страдания, что приводит к многократным обращениям к узким специалистам, необоснованным инструментальным исследованиям и назначению неэффективной соматотропной терапии.

В отечественной психиатрии проблема соматизированных тревожных расстройств рассматривалась в рамках нозологического подхода, разработанного А.В. Снежневским [2] и его последователями. Согласно этому направлению, тревожные расстройства с преобладанием соматовегетативной симптоматики представляют собой самостоятельные нозологические единицы (ГТР, ПР), имеющие типичную динамику, прогноз и отвечающие на специфическую психофармакотерапию — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Несмотря на разработанные клинические рекомендации, в реальной практике сохраняется значительная диагностическая задержка [3]: по данным ряда авторов, от первого обращения к врачу до постановки правильного диагноза может проходить от нескольких месяцев до нескольких лет. Это приводит к хронизации состояния, формированию вторичной депрессивной симптоматики, снижению качества жизни пациентов и значительным экономическим затратам на необоснованные обследования.



Таким образом, проблема ранней диагностики тревожных расстройств, протекающих под соматовегетативными «масками», остаётся крайне актуальной для современной медицины. Её решение требует повышения настороженности врачей первичного звена в отношении психической природы ряда соматических жалоб, а также налаживания эффективного междисциплинарного взаимодействия между интернистами и психиатрами.

Объекты и методы исследования

Для достижения поставленной цели и решения задач исследования был проведён ретроспективный анализ клинических случаев пациентов с верифицированными тревожными расстройствами, у которых в клинической картине преобладали соматовегетативные проявления. Дизайн исследования определён как ретроспективное наблюдательное сплошное исследование, что позволило последовательно включить всех пациентов, соответствовавших критериям отбора, без дополнительной селекции.

Объектом исследования явились 10 пациентов - 6 женщин и 4 мужчин в возрасте от 22 до 45 лет, средний возраст составил $32,4 \pm 6,8$ года. Выбор данной возрастной группы обусловлен тем, что именно на молодой и средний возраст приходится пик распространённости тревожных расстройств, при этом соматические заболевания, способные давать сходную симптоматику (например, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, тиреотоксикоз), встречаются реже, что позволяет более чётко верифицировать психиатрический диагноз. Все включённые в исследование пациенты имели верифицированный диагноз в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10): генерализованное тревожное расстройство (ГТР, код F41.1) либо паническое расстройство (ПР, код F41.0). Диагноз был установлен врачом-психиатром на основании клинико-психопатологического обследования и подтверждён динамикой состояния в процессе терапии.



Критерии включения в исследование разработаны с целью формирования однородной группы пациентов, у которых соматовегетативная симптоматика не была бы обусловлена тяжёлой соматической патологией. Включению подлежали пациенты:

- 1) предъявлявшие стойкие соматовегетативные жалобы (кардиалгии, тахикардия, колебания артериального давления, чувство нехватки воздуха, дискомфорт в эпигастрии, тошнота, головокружение, головные боли напряжения);
- 2) не имевшие верифицированного соматического заболевания, которое могло бы полностью объяснить имеющиеся симптомы;
- 3) подписавшие информированное согласие на участие в исследовании и обработку персональных данных в обезличенной форме.

Критерии исключения применялись для минимизации влияния сопутствующей патологии на интерпретацию результатов. Из исследования исключались пациенты: с органическими поражениями центральной нервной системы (последствия черепно-мозговых травм, нейроинфекций, сосудистые поражения головного мозга); с эндокринными заболеваниями, прежде всего с тиреотоксикозом (поскольку гиперфункция щитовидной железы сама по себе может вызывать тревогу, тахикардию, потливость и другие вегетативные нарушения) и сахарным диабетом в стадии декомпенсации; с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включая ишемическую болезнь сердца, нарушения ритма, артериальную гипертензию 2-3 степени; с тяжёлыми депрессивными эпизодами, сопровождавшимися суицидальными мыслями и намерениями; а также пациенты с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), включая алкоголь, поскольку интоксикация и абстиненция могут имитировать или усиливать тревожную симптоматику.



Методология исследования включала несколько взаимодополняющих подходов. Клинико-психопатологический метод являлся основным и предполагал детальный сбор анамнеза (время появления первых симптомов, последовательность их развития, предшествующие обращения к врачам, проводившаяся терапия и её эффективность), оценку структуры и динамики жалоб, анализ психопатологической симптоматики с выделением как явных тревожных проявлений (чувство внутреннего напряжения, беспокойство, трудности засыпания), так и маскированных, представленных соматовегетативными эквивалентами. Анализ медицинской документации включал изучение амбулаторных карт, историй болезни, заключений терапевтов, кардиологов, гастроэнтерологов, неврологов и других специалистов, что позволило ретроспективно оценить длительность диагностического поиска, объём проведённых исследований и характер назначавшейся терапии до момента направления к психиатру.

Важным этапом исследования явилось комплексное соматическое обследование всех пациентов, проведённое до их направления к психиатру, с целью исключения органической природы жалоб. Инструментальное обследование включало: электрокардиографию (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях для оценки ритма и исключения ишемических изменений; эхокардиографию (ЭхоКГ) для визуализации структур сердца и оценки сократительной способности миокарда; суточное холтеровское мониторирование ЭКГ (у части пациентов) для выявления возможных пароксизмальных нарушений ритма, которые могли бы объяснять приступы сердцебиения и предобморочные состояния; фиброгастроудоденоскопию (ФГДС) для исключения эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга для исключения



объёмных процессов, демиелинизирующих заболеваний и другой органической патологии центральной нервной системы. Лабораторное обследование включало общий и биохимический анализы крови, а также обязательное исследование гормонального профиля щитовидной железы: определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (Т4 свободный). Данное исследование проводилось для исключения тиреотоксикоза, который нередко дебютирует тревогой, тахикардией и вегетативной лабильностью.

Результаты комплексного соматического обследования показали, что ни у одного из 10 пациентов не было выявлено значимой органической патологии, которая могла бы полностью объяснить предъявляемые соматовегетативные жалобы. В единичных случаях обнаруживались незначительные отклонения (например, синусовая тахикардия на ЭКГ, минимальные изменения на ФГДС без эрозий и язв), однако они носили функциональный характер и не требовали специфического соматического лечения. Этот факт явился ключевым обоснованием для предположения о психической (тревожной) природе наблюдаемых расстройств.

Таким образом, сформированная выборка, использованные методы и проведённое соматическое обследование создали адекватную основу для анализа структуры соматовегетативных масок тревожных расстройств, оценки длительности диагностической задержки и выявления факторов, препятствующих своевременной верификации диагноза, что будет представлено в следующем разделе.

Результаты и их обсуждения

В результате проведённого ретроспективного анализа 10 клинических случаев (6 женщин, 4 мужчин, средний возраст $32,4 \pm 6,8$ года) с верифицированным диагнозом генерализованного тревожного расстройства (ГТР) или панического расстройства (ПР) были получены данные, отражающие



структуру соматовегетативных масок, длительность диагностической задержки и характер предшествующей терапии. Все пациенты на момент включения в исследование предъявляли соматовегетативные жалобы, при этом явная психопатологическая симптоматика (чувство внутреннего напряжения, беспричинное беспокойство, тревожное ожидание) либо отсутствовала, либо была слабо выражена и не воспринималась пациентом как основная проблема. Данное наблюдение подтверждает литературные данные [1] о том, что при соматизированных формах тревожных расстройств психологический компонент тревоги редуцирован или полностью маскирован вегетативными проявлениями, что и создаёт основные диагностические трудности.

Ключевым результатом исследования явилась оценка времени от первого обращения пациента за медицинской помощью до момента установления правильного диагноза психиатром. Установлено, что средняя длительность наблюдения пациентов у терапевтов и узких специалистов (кардиологов, гастроэнтерологов, неврологов) до первого визита к психиатру составила $14,2 \pm 6,5$ месяца. Минимальная длительность составила 6 месяцев (пациентка 28 лет с изолированными кардиалгиями), максимальная - 24 месяца (пациент 35 лет с полиморфной симптоматикой, включавшей кардиальные, респираторные и гастроинтестинальные жалобы).

Таким образом, в среднем пациенты с соматизированными тревожными расстройствами более года наблюдаются у врачей-интернистов, прежде чем получают адекватную психофармакотерапию и психотерапевтическую помощь. Полученные данные согласуются с результатами других исследователей: диагностическая задержка при тревожных расстройствах в общей медицинской практике составляет в среднем от 6 до 18 месяцев [3], пациенты с паническим расстройством посещают 3-5 врачей разных специальностей [2] прежде чем



попадают к психиатру, а длительность симптомов до верификации диагноза может достигать 2-3 лет.

Анализ структуры предъявляемых жалоб позволил выделить четыре основные группы соматовегетативных масок, которые нередко сочетались у одного пациента. Неврологические маски наблюдались у 8 пациентов (80% случаев). Наиболее частыми жалобами были: несистемное головокружение, диффузные головные боли напряжения, парестезии. Важно отметить, что неврологическое обследование (включая МРТ головного мозга) не выявило органической патологии, а симптоматика имела чёткую связь с психоэмоциональным стрессом. Кардиальные маски выявлены у 7 пациентов (70% случаев). Ведущими жалобами являлись: тахикардия, кардиалгии, лабильность артериального давления, ощущение «перебоев» в работе сердца. У трёх пациентов с паническим расстройством кардиальные симптомы достигали высокой интенсивности и сопровождались страхом смерти от сердечного приступа. Все пациенты прошли кардиологическое обследование (ЭКГ, ЭхоКГ, суточное холтеровское мониторирование), не выявившее значимой патологии. Респираторные маски отмечены у 6 пациентов (60% случаев).

Характерными жалобами были: чувство нехватки воздуха, ком в горле, гипервентиляционный синдром. У двух пациентов с паническим расстройством респираторные симптомы возникали пароксизмально и сопровождались страхом удушья. Гастроинтестинальные маски наблюдались у 5 пациентов (50% случаев). Ведущими жалобами являлись: тошнота, дискомфорт и чувство тяжести в эпигастрии, метеоризм, нарушение стула. Все пациенты прошли фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), у двоих выявлены минимальные изменения (поверхностный гастрит без эрозий), однако выраженность жалоб значительно превышала объективные данные эндоскопического исследования.



Анализ медицинской документации показал, что у 9 из 10 пациентов (90%) до направления к психиатру выставлялись различные соматоцентрированные диагнозы. Наиболее частыми были: вегетососудистая дистония (ВСД) - у 7 пациентов, нейроциркуляторная дистония (НЦД) - у 5 пациентов, синдром раздражённого кишечника (СРК) - у 3 пациентов. Важно подчеркнуть, что диагнозы ВСД и НЦД, широко используемые в российской медицине, по сути являются описательными и не имеют чётких патогенетических критериев, однако они создают у пациента и врача иллюзию «понятного соматического страдания» и тем самым задерживают направление к психиатру. Что касается предшествующей терапии, все пациенты получали различные соматотропные препараты: бета-адреноблокаторы (6 пациентов), ноотропы (5 пациентов), сосудистые препараты (4 пациента), анксиолитики короткого действия (3 пациента), прокинетики и спазмолитики (4 пациента). Ни у одного пациента не было предшествующей терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) в адекватных дозах и длительности. Эффективность проводимой соматотропной терапии оценивалась пациентами как низкая или отсутствующая. Именно этот факт - неэффективность стандартной соматотропной терапии при отсутствии объективного органического субстрата — явился ключевым клиническим маркером, позволившим заподозрить тревожную природу расстройства и направить пациента к психиатру.

Для иллюстрации полученных данных приведём клинический пример. Пациентка К., 28 лет, в течение 14 месяцев наблюдалась у кардиолога с жалобами на приступы сердцебиения, боли в области сердца, чувство «перебоев», сопровождавшиеся страхом смерти. Прошла ЭКГ (8 раз), ЭхоКГ (3 раза), суточное холтеровское мониторирование (2 раза) - значимой патологии не выявлено. Получала бисопролол, феназепам эпизодически - без эффекта. При клинико-психопатологическом обследовании выявлено паническое



расстройство (ПР) с типичными паническими атаками частотой 2-3 раза в неделю. Назначен эсциталопрам 10 мг/сут с титрованием до 20 мг/сут, проведено 6 сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ). Через 8 недель панические атаки полностью купированы, кардиальные жалобы редуцированы на 90%.

Полученные результаты подтверждают, что соматовегетативные маски тревожных расстройств представляют собой серьёзную клиническую проблему, связанную с гиподиагностикой и запоздалым назначением адекватной терапии. Высокая частота неврологических и кардиальных масок объясняется тем, что вегетативная нервная система наиболее тесно связана с сердечно-сосудистой и дыхательной системами, а также с регуляцией мышечного тонуса. Центральные механизмы тревоги [7] через вегетативные ядра ствола мозга и гипоталамус запускают каскад периферических реакций — тахикардию, гипервентиляцию, повышение мышечного тонуса. Особого внимания заслуживает феномен отрицания пациентом психологической природы симптомов [4]: в нашем исследовании 8 из 10 пациентов активно сопротивлялись направлению к психиатру, настаивая на соматической причине своих страданий. Данное явление, известное как «анозогнозия тревоги», [4] обусловлено стигматизацией психических расстройств в обществе и недостаточной психологической грамотностью населения.

На основании полученных результатов можно сформулировать практические рекомендации для врачей первичного звена. При наличии у пациента стойких соматовегетативных жалоб и отсутствии значимой органической патологии по данным инструментального обследования, а также при неэффективности стандартной соматотропной терапии в течение 2-3 месяцев, необходимо рассмотреть возможность тревожного расстройства как основной причины. Скрининг тревожных расстройств может проводиться с



помощью кратких опросников, таких как ГТР-7. Положительный результат скрининга является основанием для направления к психиатру. Важно проводить разъяснительную беседу с пациентом, объясняя, что тревога - это не «выдуманная болезнь», а реальное расстройство с биологическими механизмами. Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) является методом выбора для долгосрочной коррекции тревожных расстройств и должна быть рекомендована всем пациентам как дополнение к фармакотерапии.

Заключение

1. Соматовегетативные маски тревожных расстройств являются частой причиной гиподиагностики: у 90% пациентов до направления к психиатру выставлялись соматоцентрированные диагнозы (вегетососудистая дистония, нейрциркуляторная дистония, синдром раздражённого кишечника), а средняя длительность диагностической задержки составила 14,2 месяца.

2. Наиболее распространёнными соматовегетативными масками тревожных расстройств являются неврологические (80%), кардиальные (70%), респираторные (60%) и гастроинтестинальные (50%), при этом у большинства пациентов наблюдается полиморфная симптоматика с сочетанием нескольких типов жалоб.

3. Комплексное инструментальное обследование (ЭКГ, ЭхоКГ, ФГДС, МРТ головного мозга, гормональный профиль щитовидной железы) не выявляет значимой органической патологии, объясняющей соматовегетативные жалобы, что является важным диагностическим критерием в пользу тревожной природы расстройства.

4. Ключевым клиническим маркером, позволяющим заподозрить тревожное расстройство у пациентов с соматовегетативными жалобами, является неэффективность стандартной соматотропной терапии (бета-



адреноблокаторы, ноотропы, прокинетики) при отсутствии объективного органического субстрата.

5. Ранняя верификация диагноза и своевременное назначение терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) в сочетании с когнитивно-поведенческой психотерапией (КПТ) позволяют значительно редуцировать как тревожную, так и соматовегетативную симптоматику, что подтверждается клиническими примерами.

6. Для улучшения диагностики тревожных расстройств в первичном звене рекомендуется внедрение скрининговых шкал (ГТР-7) и повышение настороженности врачей-интернистов в отношении соматизированных форм тревоги, особенно при неэффективности стандартной терапии и отсутствии органической патологии.

Источники и литература/Sources and references:

1. Есин Р.Г., Хайбуллина Д.Х. Соматические маски тревожного расстройства и возможности терапии // Медицинский Совет. 2022. № 23. С. 102-109.

2. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Иванов С.В. Тревожные расстройства в практике интерниста. М.: Медицинское информационное агентство, 2019. 176 с.

3. Краснов В.Н. Тревожные расстройства в общемедицинской практике // Психиатрия и психофармакотерапия. 2020. Т. 22. № 4. С. 12-18.

4. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Культура, эмоции и психическое здоровье // Вопросы психологии. 1999. № 2. С. 61-74.

5. Петелин Д.С. Маскированные и соматизированные состояния в общей медицине – подходы к диагностике и терапии // Лечащий Врач. 2024.

6. Соколова Л.П. Многообразие клинических масок тревожно-депрессивных расстройств: возможности терапии // Лечащий Врач. 2025.



7. Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Соматизация как феномен культуры и культура как фактор соматизации // Психологические исследования. 2019. Т. 12. № 63. С. 5.

**ВЛИЯНИЕ КОЛЛЕКТИВНОЙ ТРАВМЫ
И СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА НА ЭПИДЕМИОЛОГИЮ
ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В МЕГАПОЛИСЕ**

Саломатова Д. А., Чернышова У. М.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель: канд. ист. наук, доцент, Г.В. Акименко

Аннотация. В статье представлен анализ современных исследований, посвященных влиянию факторов мегаполиса, коллективной травмы и социального стресса на распространенность тревожных расстройств. На основе данных эпидемиологических исследований, проведенных в Нью-Йорке после терактов 11 сентября 2001 года, Сан-Паулу, Зальцбурге и других крупных городах, рассматриваются механизмы взаимосвязи между урбанизацией, характеристиками городской среды и психическим здоровьем населения. Особое внимание уделяется роли пространственной близости к травматическому событию, характеристик микрорайона (СЭС, качество, безопасность), а также нейробиологическим механизмам, опосредующим влияние социального стресса на развитие тревожной патологии. Предлагаются направления профилактических вмешательств на индивидуальном и популяционном уровнях.

Ключевые слова: тревожные расстройства, коллективная травма, мегаполис, урбанизация, социальный стресс, эпидемиология, посттравматическое стрессовое расстройство, социальная депривация.



**THE IMPACT OF COLLECTIVE TRAUMA AND SOCIAL
STRESS ON THE EPIDEMIOLOGY
OF ANXIETY DISORDERS IN A METROPOLIS**

Salomatova D. A., Chernyshova U. M.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor- G.V. Akimenko

Abstract. The article presents an analysis of modern studies on the influence of megacity factors, collective trauma, and social stress on the prevalence of anxiety disorders. Based on data from epidemiological studies conducted in New York after the September 11, 2001, terrorist attacks, São Paulo, Salzburg, and other major cities, the article examines the mechanisms of the relationship between urbanization, urban environment characteristics, and mental health. Special attention is paid to the role of spatial proximity to a traumatic event, the characteristics of the microdistrict (SE, quality, safety), as well as the neurobiological mechanisms that mediate the effect of social stress on the development of anxiety pathology. Directions for preventive interventions at the individual and population levels are proposed.

Keywords: anxiety disorders, collective trauma, metropolis, urbanization, social stress, epidemiology, post-traumatic stress disorder, social deprivation.

Введение

Актуальность проблемы тревожных расстройств в условиях мегаполиса обусловлена двумя глобальными демографическими трендами. Согласно прогнозам, к 2050 году две трети населения мира будут проживать в городских районах, причем рост численности населения будет концентрироваться преимущественно в мегаполисах. Параллельно с этим процессом наблюдается неуклонный рост распространенности тревожных расстройств, которые являются наиболее частой формой психической патологии в общей популяции.



Эпидемиологические исследования последовательно демонстрируют, что проживание в крупных городах ассоциировано с более высоким риском развития тревожных и аффективных расстройств [1].

Особый исследовательский интерес представляет феномен коллективной травмы - массового психотравмирующего события, затрагивающего одновременно большие группы населения. Теракты 11 сентября 2001 года в Нью-Йорке стали уникальной естественной моделью для изучения того, как взаимодействие факторов городской среды и коллективной травмы влияет на эпидемиологию тревожных расстройств. Полученные в этот период данные существенно расширили понимание роли пространственных и социальных детерминант психического здоровья в условиях мегаполиса.

Проживание в условиях мегаполиса создаёт особую среду, которая, с одной стороны, представляет собой богатство возможностей для самореализации и развития индивидуального творческого жизненного стиля, а с другой-предъявляет повышенные требования к нервной системе человека по переработке информационных и других стрессовых нагрузок. Наличие большого количества альтернатив создаёт почву для тревожных состояний, неуверенности в правильности выбора, прокрастинации. К перегрузке нервной системы приводят плотность населения, шум, загрязнение воздуха, быстрый темп жизни, теракты, пандемии.

Наш мозг реагирует на раздражители даже тогда, когда мы их не замечаем. Пока у нас достаточно сил, мы справляемся с этим без проблем. Но когда ресурсы на исходе, такие раздражители начинают сильнее нас утомлять. Чтобы вернуть баланс, организм «подсказывает» нам: нужно отдохнуть в тишине и одиночестве. Чрезмерная рабочая нагрузка, особенно у людей с выраженными чертами перфекционизма и высокой мотивацией к достижениям, может приводить к постепенному сокращению социальных контактов.



В обычных условиях эти связи служат важным ресурсом для поддержания стабильности самооценки, однако в условиях стресса их роль ослабевает. На фоне такой нагрузки усиливается расхождение между представлениями о «Я реальном» и «Я идеальным». Вместо того, чтобы сравнивать свои достижения с результатами людей из референтной группы (коллег, сверстников и т.д), человек начинает сопоставлять себя с абстрактным, идеализированным образом. Это создает предпосылки для обесценивания собственных успехов, развития «синдрома самозванца»-состояния, при котором индивид испытывает постоянный страх разоблачения, полагая, что его профессиональная компетентность ниже, чем кажется окружающим, а также для селективного восприятия: реальные достижения игнорируются, а ошибки и неудачи, напротив, получают избыто высокую значимость.

Длительные поездки по городу сокращают время, которое можно провести с семьей и друзьями, что негативно оказывает на психическое здоровье. Переезд в мегаполис часто приводит к утрате привычной социальной поддержки, которая согласно исследованиям, играет важную роль в адаптации личности к стрессовым и психотравмирующим ситуациям. Кроме того, в условиях мегаполиса снижается доступ к психопротективным факторам: уменьшается возможность проводить время на природе-важном ресурсе восстановления, сокращается общее время досуга, ограничивается личное пространство-ключевой элемент психологического комфорта. Также жителям мегаполиса сложнее поддерживать уровень физической активности, который критически важен для сохранения как психического, так и для соматического здоровья.

Дополнительное влияние оказывает массовая культура через масс-медиа и транслируется идеализированный и нереалистичный стандарт успеха. Такое представление о «успешной жизни» оказывает более сильное воздействие на жителей мегаполисов, чем на население сельской местности. Также большую



распространенность приобретают поведенческие нарушения, связанные с модификацией тела.

Медиа и рекламные сообщения активно продвигают определённые стандарты внешности - например «идеальную» фигуру или тип питания. Из-за этого у некоторых людей формируются аддиктивные паттерны, которые выходят за рамки здорового стремления к уходу за собой. Зачастую за стремлением «улучшить тело» скрываются иные трудности: низкая самооценка, сложности в межличностных отношениях, потребность в контроле или попытки справиться с тревогой, депрессией или стрессом. Так же средства массовой информации и социальные сети транслируют не только «успешную жизнь», но и страшные трагедии, которые происходят и таким образом делают свидетелем насилия каждого, кто включил телевизор или открыл новостную ленту. Мы видим крики, панику, разрушения, лица людей в самый страшный момент их жизни, и это повторяется снова и снова. Наша психика не может провести четкую грань между реальным присутствием на месте событий и наблюдением за ними через экран. Она реагирует почти одинаково: выброс гормонов стресса, учащенное сердцебиение, чувство оцепенения. Человек, сидя за сотни километров от места трагедии, может начать испытывать те же симптомы, что и очевидец: ночные кошмары, постоянное чувство тревоги, невозможность избавиться от навязчивых мыслей. Информационная среда как бы превращает весь социум в одну большую комнату ужаса, из которой невозможно выйти.

Важным фактором выступают социальные конфликты: столкновение коренного населения и мигрантов, этнические противоречия, ситуации буллинга и моббинга на рабочем месте. Крайним проявлением является террористическая деятельность, подрывающая чувство базовой безопасности. Террористический акт — это всегда сознательное, спланированное насилие, направленное на то, чтобы вселить ужас в как можно большее число людей. Главная мишень террора



- не конкретные жертвы на месте атаки, а психологическое состояние всего общества. Физически пострадать могут десятки или сотни людей, но волна страха накрывает миллионы. Намеренность злого умысла разрушает базовое ощущение того, что мир в целом безопасен и предсказуем. И когда это ощущение рушится, мы имеем дело с тем, что ученые называют коллективной травмой - состоянием, при котором потрясение и боль от пережитого ужаса становятся общими для огромной группы людей, объединяя их опытом страха и уязвимости. Травма начинает раскалывать общество, порождая ненависть и подозрительность.

Страх, который посеяли террористы, начинает менять поведение людей: они отказываются от привычных маршрутов, избегают людных мест, начинают видеть угрозу в безобидных вещах. Повседневная жизнь сжимается до размеров квартиры, а мир за окном окрашивается в тревожные тона. Со временем пережитый ужас оседает в коллективной памяти и может оставаться там очень долго. Крупные трагедии часто делят жизнь общества на «до» и «после», становясь точкой отсчета для общего чувства уязвимости. Люди, пережившие такую волну страха вместе, могут долгие годы носить в себе это общее напряжение. Оно передается через разговоры, через новости, через общее настроение в обществе и даже через воспитание детей, которым напрямую говорят: «мир опасен, будь всегда начеку». Это меняет общую атмосферу. Недоверие к незнакомцам становится нормой, а спокойная жизнь без оглядки начинает казаться чем-то из прошлого.

Постепенно такое состояние может стать привычным фоном, и люди уже не замечают, что живут с постоянной, пусть и небольшой, тревогой. Восстанавливаться после этого трудно, потому что исчезает само чувство, что где-то можно расслабиться. Человек привыкает жить в режиме повышенной бдительности, и это истощает понемногу и его самого, и общество в целом.



Не менее серьезное влияние на формирование коллективных травм оказывают пандемии. Пандемия COVID-19 стала событием, которое вызвало коллективную травму у огромного количества людей по всему миру. Ее последствия будут ощущаться еще долгие годы. По сути, это был не просто медицинский, но и глубочайший психологический кризис. Особенность этой травмы в том, что на психику давило сразу несколько факторов, причем все одновременно и на протяжении долгого времени. Прежде всего, это был постоянный страх и ощущение невидимой угрозы. Страх заболеть и тревога за жизнь близких стали постоянным фоном, который изматывал и истощал. Вторым мощным фактором стала вынужденная изоляция и нарушение привычного уклада. Карантин, социальная дистанция и удаленная работа разрушили привычные связи и ритуалы - то, что обычно поддерживает нас психологически. Это напрямую усиливало чувство одиночества, тревоги и подавленности.

Третьим фактором оказалась информационная лавина. Непрерывный поток новостей, часто пугающих и противоречивых, усиливал чувство беспомощности и паники. Людям было трудно разобраться в происходящем, что подрывало доверие к официальным источникам и способствовало распространению ложных теорий. И наконец, миллионы людей столкнулись с тяжелыми потерями и горем. При этом карантинные ограничения часто лишали возможности нормально попрощаться с умирающими близкими, что серьезно осложняло естественный процесс горевания. Последствия пандемии распределились неравномерно, и некоторые группы населения оказались особенно уязвимыми.

Медицинские работники оказались на самой настоящей передовой. Они ежедневно сталкивались с риском заражения, перегрузками на работе и мучительным чувством беспомощности, когда, несмотря на все усилия, погибало много пациентов. Переболевшие COVID-19, особенно те, кто перенес болезнь



тяжело или долго не мог восстановиться из-за так называемого длительного ковида, пережили прямую угрозу жизни. Это часто становится пусковым механизмом для развития посттравматического расстройства. Дети и подростки пострадали от закрытия школ и изоляции от друзей - это нанесло серьезный удар по их эмоциональному развитию и способности общаться со сверстниками, сделав их одной из самых пострадавших групп. Люди, потерявшие работу или бизнес, столкнулись с финансовыми трудностями и полной неуверенностью в завтрашнем дне, что стало дополнительным мощным источником стресса. Коллективная травма пандемии проявляется не только у отдельных групп людей, но и на уровне всего общества. Если говорить о психическом здоровье, то на первый план выходит посттравматическое стрессовое расстройство. Оно особенно характерно для переболевших, медицинских работников и тех, кто пережил потерю близких. Его симптомы включают повторяющиеся болезненные воспоминания, ночные кошмары и настойчивое желание избегать всего, что напоминает о пережитом.

Исследования по всему миру также фиксируют заметный рост тревожных и депрессивных расстройств у всех слоев населения, что напрямую связано с пандемийными факторами [6; 29]. На социальном уровне тоже произошли серьезные сдвиги. Информационная неразбериха и экономический спад сильно подорвали доверие людей к государственным институтам. Как следствие, формируется более пессимистичный взгляд на будущее. Наконец, этот пережитый всеми опыт не исчезнет бесследно. Как и другие исторические травмы, память о пандемии будет передаваться следующим поколениям через рассказы в семьях и общую культуру, влияя на мировоззрение тех, кто лично не пережил это время. Несмотря на всю тяжесть травмы, она показала и пути к восстановлению. Осознание того, что этот опыт был общим для всех, само по себе целительно, так как помогает людям объединяться и поддерживать друг



друга. Очень важно открыто обсуждать пережитые чувства - страх, горе, растерянность. Это помогает понять, что наша реакция была нормальной для тех ненормальных обстоятельств, и уменьшает чувство одиночества.

Также важна группа конфликтов-внутриличностные противоречия, которые при срыве адаптационных механизмов приводят к расстройствам адаптации с такими проявлениями, как тревожно-депрессивные нарушения, диссомния, астенизация и соматоформные расстройства. Как отмечал В.Н. Мясищев [3;39], неврозы связаны с условиями общественной жизни: их патогенная основа - это противоречия между возможностями и стремлениями личности и требованиями реальности. Ослабление социальных контактов, многообразие жизненных стратегий и необходимость брать на себя ответственность создают предпосылки для срыва адаптационных механизмов. По данным исследований Е. А. Колотильщиковой, у горожан с невротическими расстройствами интрапсихический конфликт часто принимает форму противостояния с подменой истинных ценностей ложными - например, чрезмерным стремлением к достижениям и перфекционизмом.

Заключение

Современные исследования убедительно демонстрируют, что влияние коллективной травмы и социального стресса на эпидемиологию тревожных расстройств в мегаполисе опосредуется комплексом пространственных, социально-экономических и средовых факторов. Выявленные закономерности требуют перехода от линейных моделей риска к подходу, учитывающему сложные системные взаимодействия между характеристиками городской среды и индивидуальной уязвимостью. Это, в свою очередь, открывает новые возможности для межсекторального взаимодействия психиатров, урбанистов, эпидемиологов и лиц, принимающих решения, в разработке эффективных



стратегий профилактики тревожных расстройств в условиях продолжающейся урбанизации.

Источники и литература / Sources and references:

1. Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции (Кемерово, 10 апреля 2026 г.) / Г. В. Акименко, И.В. Глумова, Л.В. Гукина, Л.К. Исаков, А. М. Селедцов, А. С. Яковлев, Е.В. Янко ; отв. ред. Г. В. Акименко. – Кемерово : КемГМУ, 2026. – 471 с.
2. Селедцов А.М., Акименко Г. В., Кирина Ю.Ю. К вопросу о взаимосвязи нарциссизма, депрессии и одиночества. обзор литературы // Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции (Кемерово, 20 мая 2025 г.) / Г. В. Акименко, И. В. Глумова, А. М. Селедцов, А. С. Яковлев ; отв. ред. Г. В. Акименко. – Кемерово : КемГМУ, 2025. - С.265-276.
3. Исурина, Г.Л. Психологическая концепция отношений В.Н. Мясищева: учение о неврозах и психотерапия / Г.Л. Исурина, Э.Б. Карпова, А.Л. Журавлев // Психологический журнал. – 2021. – Т. 42, № 2. – С. 36–44. – DOI: 10.31857/S020595920014238-7.
4. Лысенко, И.С. Уровень и структура личностной и межличностной конфликтности у больных с невротическими расстройствами / И.С. Лысенко, Т.А. Караваева // Вестник психотерапии. – 2016. – № 58(63). – С. 57–74.
5. Солдаткин, В.А. Посттравматическое стрессовое расстройство: кто в прицеле? / В.А. Солдаткин, С.Г. Сукиасян, К.Ю. Галкин // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2014. – Т. 20. – С. 511–515. – URL: <http://e-koncept.ru/2014/54366.htm> (дата обращения: 20.04.2026).



6. Травматизация страхом: психологические последствия пандемии Covid-19 / В.И. Екимова [и др.] // Современная зарубежная психология. – 2021. – Т. 10, № 1. – С. 27–38. – DOI: 10.17759/jmfp.2021100103.

7. Травматический опыт российских медиков: переживание пандемии COVID-19 в контексте этики врачебного долга // Человек. – 2026. – Т. 37, № 1. – С. 34–51.

**ДЕНТОФОБИЯ У ДЕТЕЙ:
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ЭТИОЛОГИЯ
И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ**

Сафронова В. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель - канд. ист. наук, доцент Г.В. Акименко

Аннотация. В статье рассматривается страх как фундаментальное негативное психоэмоциональное состояние, являющееся предметом философского и научно-медицинского анализа с античных времен. Особое внимание уделяется дентофобии как частному случаю стоматофобии, выступающей значимым барьером в оказании стоматологической помощи. Анализируются причины возникновения дентофобии, её влияние на общий соматический статус пациента и методологические подходы к коррекции данного состояния. Обсуждается роль вербальной коммуникации, психотерапевтической поддержки и фармакологических методов в зависимости от степени выраженности фобии, а также специфика работы в детской стоматологии.

Ключевые слова: страх, дентофобия, стоматофобия, психоэмоциональная детерминанта, поликаузальный подход, стоматологическая помощь, тревожность, детская стоматология.



**DENTOPHOBIA IN CHILDREN:
PREVALENCE, ETIOLOGY, AND CORRECTION METHODS**

Safronova V. V.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific Advisor - G.V. Akimenko

Abstract. The article discusses fear as a fundamental negative psychoemotional state, which has been the subject of philosophical and scientific-medical analysis since ancient times. Special attention is paid to dentophobia as a specific case of stomatophobia, which is a significant barrier to providing dental care. The article analyzes the causes of dentophobia, its impact on the overall somatic status of the patient, and the methodological approaches to correcting this condition. The role of verbal communication, psychotherapeutic support, and pharmacological methods is discussed, depending on the severity of the phobia, as well as the specifics of working in pediatric dentistry.

Keywords: fear, dentophobia, stomatophobia, psychoemotional determinant, polycausal approach, dental care, anxiety, pediatric dentistry.

Введение

Страх, представляющий собой одно из наиболее интенсивных негативных психоэмоциональных переживаний человека, на протяжении длительного времени выступает объектом междисциплинарного изучения. Как свидетельствуют историко-научные данные, уже древнегреческие философы Платон и Аристотель, а в Новое время - М. Монтень и Р. Декарт - рассматривали данный феномен в контексте философского и научно-медицинского познания [2,].

В современной клинической психологии, медицине и философии проблема страха сохраняет высокую актуальность. Согласно определению,



представленному в «Психологическом словаре», страх трактуется как сильная эмоция аффективного типа, возникающая преимущественно в ситуациях реальной или мнимой угрозы жизнедеятельности человека и сопровождающаяся чувством боязни, тревоги, а также стремлением избежать либо устранить соответствующую опасность [6]. Частным проявлением страха в стоматологической практике выступает дентофобия, принадлежащая к более широкой категории стоматофобий.

Наиболее подвержены дентофобии дети дошкольного возраста. Главным фактором, провоцирующим их страх, выступает неизвестность [1, 2, 6]. Существенное негативное влияние на психику ребенка перед визитом в стоматологию могут оказывать родители. Пытаясь успокоить малыша фразами «не бойся» или «не волнуйся, это не больно», они зачастую достигают противоположного эффекта. Услышав такие слова, ребенок начинает подозревать, что повод для тревоги всё же существует, и в результате испытывает сильный страх [1, 3, 6].

Согласно опросам практикующих стоматологов, самые сложные пациенты с точки зрения налаживания психологического контакта — это дети от 2 до 6 лет. В силу возраста они еще не умеют контролировать свое поведение, могут непредсказуемо реагировать на лечение в кресле, проявлять агрессию и выраженную тревогу [8, 9]. В работе с такими пациентами врачу необходимо заранее продумать психологический подход: доступно объяснить цель и этапы лечения, поинтересоваться самочувствием, завоевать доверие и получить добровольное согласие на вмешательство [10, 11]. Для создания доверительной атмосферы эффективен разговор на отвлеченные темы: об увлечениях, друзьях или любимых вещах ребенка [2].



Основная часть

Несмотря на значительный технологический и технический прогресс в современной стоматологии, значительная часть пациентов отказывается от профилактических осмотров и лечения, осознавая при этом риск развития осложнений и ухудшения не только стоматологического, но и общего соматического здоровья. Организм человека представляет собой структурно-функциональную целостность, единство различных систем, и заболевания полости рта нередко рассматриваются специалистами разного профиля как одна из этиологических причин патологических изменений в других системах организма.

В этой связи страх приобретает статус непосредственной психоэмоциональной детерминанты стоматологической патологии и, опосредованно, детерминанты иных патологических процессов. Указанная причинно-следственная связь получает методологическую проекцию в области медицинских исследований и лечебных подходов - в первую очередь в аспектах диагностики клинических патологий, включая диалектику поликаузального и монокаузального подходов. С позиций медико-социальных характеристик и оценки эффективности оказания медицинской помощи дентофобия выступает одним из факторов снижения общего стоматологического статуса населения на национальном уровне. Этиология дентофобии многофакторна и включает биологические, психологические и социальные компоненты.

Этиология стоматологического страха обычно классифицируется на эндогенные (внутренние) и экзогенные (внешние) источники. Среди экзогенных источников выделяют, чувство беспомощности и боль во время детского стоматологического лечения как один из основных факторов риска. Однако источником фобии могут также являться травматические события,



происходящие вне стоматологической клиники, такие как сексуализированное насилие, межличностное насилие, неблагоприятный семейный климат.

К числу наиболее распространённых причин возникновения страха перед посещением врача-стоматолога относятся:

- негативный предшествующий опыт пациента (грубость медицинского персонала, болезненные манипуляции), формирующий устойчивое отрицательное отношение как к врачу, так и к процессу лечения.
- негативный опыт референтного окружения (родственников, друзей, знакомых), субъективные оценки которого пациентом воспринимаются как объективные факты.
- влияние родителей, которые, стремясь снизить тревогу ребёнка, дают не всегда реалистичные заверения в безболезненности вмешательства, что парадоксальным образом может усиливать беспокойство [4].
- медиафактор - освещение неблагоприятных исходов лечения в средствах массовой информации, оказывающее негативное воздействие на психику.
- неудовлетворительная гигиена полости рта, провоцирующая тревогу в связи с возможной критикой со стороны врача.
- переживание беспомощности и утраты контроля над ситуацией в положении пациента в стоматологическом кресле.

Учитывая, что дентофобия может проявляться в лёгкой, средней и тяжёлой степенях, методы её коррекции дифференцируются. При лёгкой степени эффективным является создание комфортной морально-психологической атмосферы в кабинете. При средней степени требуется оценка психоэмоционального статуса пациента, снижение уровня тревоги, детализированное обсуждение плана лечения с использованием ресурсов вербальной коммуникации. В случаях тяжёлой степени дентофобии показано



участие врача-психотерапевта и коррекция общего психоэмоционального статуса пациента, а также применение фармакотерапии (наркоз, седация) [5].

В детской стоматологии лечебно-профилактический процесс предполагает триаду «ребёнок - врач -родитель». На предварительном этапе родители должны адаптированно объяснить ребёнку цели визита и характер предстоящих манипуляций, поскольку дети склонны доверять родителям и перенимать их эмоциональное состояние. Задача стоматолога - формирование психологического контакта с маленьким пациентом при участии родителей, предельно внимательное поведение и поддержание оптимального уровня коммуникации. Эффективным методом снижения страха в детской стоматологии является похвала и поощрение ребёнка (подарок со стороны стоматолога и родителей) [3].

Современная детская стоматология предлагает широкий спектр немедикаментозных методов управления тревогой.

Золотым стандартом остается метод «Расскажи-покажи-сделай». Однако рандомизированное контролируемое исследование A. Safoora показало, что у детей 4–6 лет этот метод может уступать более современным техникам. В исследовании сравнивались три группы: TSD, аудиовизуальное отвлечение (AVD) и игра в стоматолога на смартфоне. Наилучшие результаты по снижению тревоги (по шкалам FIS и VCRS) показала группа, использовавшая игру на смартфоне, в то время как TSD оказался наименее эффективным.

Арт-терапия и интегративный подход

Исследование с участием 986 детей провела И. А. Никольская в период с 2019 по 2024 год. Работа была направлена на клинико-функциональное обоснование выбора способа коррекции тревожности у детей 4–12 лет в условиях амбулаторного стоматологического приёма. Перед началом



обследования проводился сбор общесоматического и психологического анамнеза пациентов.

- Уровень тревожности детей от 4 до 6 лет определяли с помощью «Теста детской тревоги» Р. Тэмбла, от 7 до 12 лет - с использованием «Шкалы явной тревожности СМАС» в адаптации А. М. Прихожан.
- Частоту сердечных сокращений измеряли детским пульсоксиметром ChoiceMMed 300C5.
- По результатам психологического тестирования пациенты были разделены на три группы: с низким уровнем тревожности (19,2%), средним уровнем (52,4%) и высоким уровнем тревожности (28,4%).
- Самые высокие показатели ЧСС наблюдались в группе с высокой тревожностью (61,2% пациентов с выраженной тахикардией). Также у 62,2% обследуемых этой группы выявлена декомпенсированная степень активности кариеса.
- Пациентам с низким уровнем тревожности потребовалось меньше приёмов психологической коррекции, чем детям со средним и высоким уровнями [11].

Для таких пациентов показано использование анестезиологической поддержки или методов арт-терапии, в то время как стандартные методики могут быть недостаточны. Современные обзоры подчеркивают важность когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), релаксации и перестройки негативных мыслей, особенно у подростков.

Заключение

Дентофобия представляет собой распространённую комплексную проблему современной стоматологии, существующую на фоне сравнительно высокого уровня стоматологической помощи в Российской Федерации. Ключевыми факторами её решения выступают конструктивное взаимодействие



пациентов и сотрудников стоматологических учреждений, систематическая профилактическая работа в области стоматологического здоровья и пропаганда здорового образа жизни. Важнейшей составляющей данной работы является снижение зависимости пациентов от факторов, провоцирующих возникновение и закрепление дентофобии.

Эффективное управление страхом требует комбинации методов: от классической поведенческой модификации до использования цифровых технологий (игры, видео) и арт-терапии. Приоритетным направлением является персонализированный подход, учитывающий уровень тревожности и психологический статус ребенка, что позволяет снизить потребность в медикаментозной седации и сформировать позитивное отношение к стоматологическому здоровью в долгосрочной перспективе.

Источники и литература / Sources and references:

1. Ваганов П.Д. Периоды детского возраста. Медицинский научный и учебно-методический журнал. 2005; (28):3-16.
2. Васянина А. А. Лечение зубов у детей с негативным отношением к стоматологическим манипуляциям. Медицинская психология. 2008;18.
3. Велиева С. В. Диагностика психических состояний детей ДОШКОЛЬНОГО возраста. СПб: Речь, 2007. 240 с.
4. Карлаш А.Е., Журбенко В.А., Семёнова А.В. Влияние типа поведения ребенка и иных факторов на развитие дентофобии перед стоматологическим приемом. Университетская наука: взгляд в будущее. 2018;498-500 EDN: XNOTVZ.
5. Коваленка Е.Ю., Волков В.А. Патогенез дентофобии. Кубанский научный медицинский вестник. 2007;(1-2):75-77 EDN: HZMJCJ.



6. Корчагина В.В. Роль психологической адаптации в достижении стоматологического здоровья детей раннего возраста. Стоматология детского возраста и профилактика. 2007; (3):65-71 EDN: IBNKZR.
- 7 Кручинин В.Ю. Изменение психо- эмоционального состояния пациентов на фоне стоматологического лечение. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014;(7):50-52 EDN: SEXGIP.
8. Терехова Т.Н., Ковальчук Н.В., Леонович О.М. Профессиональное общение на детском стоматологическом приеме. Современная стоматология. 2014; (2):61-63.
9. Терехова Т.Н. Профессиональное общение на детском стоматологическом приеме. Современная стоматология. 2014;(2):61-63.
10. Шломина А.М., Махмудова А.Г. Опре деление уровня дентофобии у детей дошкольного возраста по результатам анализа рисуночных тестов. Бюллетень медицинских Интернет конференций. 2013;3(3):753-753 1 D: 2013-03-5-1-2639.
11. Никольская И.А., Анисимова Е.Н., Копецкий И.С., Анисимова Н.Ю., Катюхина В.А. Выбор способа коррекции тревоги у детей 4-12 лет перед стоматологическим лечением. Стоматология детского возраста и профилактика. 2025;25(1):33-39.

**УЧЕНИЕ О ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРАХ:
ЗАБЫТОЕ НАСЛЕДИЕ П. Б. ГАННУШКИНА**

Скоркин В. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – канд. психол. наук, доцент Е. В. Янко



Аннотация. В статье рассматривается научное наследие выдающегося отечественного психиатра П. Б. Ганнушкина, в частности его учение о патологических характерах (психопатиях). Анализируются основные компоненты концепции: триада критериев психопатий, типология патологических личностей и динамический подход к расстройствам личности. Показана актуальность идей Ганнушкина для современной психиатрии и клинической психологии, а также причины относительного забвения его работ в российской науке. Делается вывод о необходимости возвращения к теоретическому наследию Ганнушкина как основе для понимания пограничных состояний.

Ключевые слова: П. Б. Ганнушкин, патологические характеры, психопатии, расстройства личности, типология личности, триада Ганнушкина–Кербикова, малая психиатрия.

THE DOCTRINE OF PATHOLOGICAL CHARACTERS: THE FORGOTTEN LEGACY OF P. B. GANNUSHKIN

Skorkin V. V.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific supervisor – E. V. Yanko

Abstract. The article examines the scientific heritage of the outstanding Russian psychiatrist P. B. Gannushkin, in particular his doctrine of pathological characters (psychopathies). The main components of the concept are analyzed: the triad of criteria for psychopathy, the typology of pathological personalities, and the dynamic approach to personality disorders. The relevance of Gannushkin's ideas for modern psychiatry and clinical psychology, as well as the reasons for the relative oblivion of his works in Russian science, are shown. The conclusion is made about the need to return to the theoretical heritage of Gannushkin as a basis for understanding borderline conditions.



Keywords: P. B. Gannushkin, pathological characters, psychopathy, personality disorders, personality typology, Gannushkin–Kerbicov triad, small psychiatry.

Введение

В современной клинической психологии и психиатрии широко используются понятия «расстройство личности», «психопатия», «акцентуация характера». Однако мало кто из практикующих специалистов помнит, что фундаментальные основы учения об аномальных характерах были заложены выдающимся русским психиатром Петром Борисовичем Ганнушкиным (1875–1933). Его главный труд «Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика» (1933) до сих пор остаётся непревзойдённым по глубине клинического анализа, но при этом в современной образовательной и научной литературе имя Ганнушкина упоминается всё реже. Возникает парадоксальная ситуация: идеи, во многом предвосхитившие МКБ-11 и DSM-5, оказались полузабытыми на родине.

Цель данной работы - реконструировать основные положения учения Ганнушкина о патологических характерах, показать их актуальность для современной науки и выявить возможные причины «забвения» этого наследия. Задачи: описать триаду критериев психопатий, привести типологию патологических личностей, охарактеризовать динамический подход, а также сопоставить концепцию Ганнушкина с современными классификациями.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования является научное наследие П. Б. Ганнушкина, представленное его монографией «Клиника психопатий...», а также работами его последователей (О. В. Кербиков, А. Е. Личко). Методологическую основу составляют историко-психологический анализ, сравнительно-сопоставительный метод и систематизация теоретических положений. В работе использованы



приёмы контент-анализа первоисточников, а также сравнительный анализ с современными диагностическими критериями МКБ-10/11 и DSM-5.

Результаты и их обсуждение

Ганнушкин совместно с О. В. Кербиковым сформулировал три основных признака, позволяющих отграничить психопатию от нормы и от болезненных процессов:

1. Тотальность - патологические черты определяют весь психический облик индивида, пронизывают все сферы личности.
2. Относительная стабильность - черты характера устойчивы во времени, малоподвижны, хотя и могут претерпевать возрастную динамику.
3. Социальная дезадаптация - выраженность аномалий такова, что они препятствуют полноценной социальной адаптации, вызывая личностный дистресс или страдания окружающих.

Данная триада (известная как «триада Ганнушкина–Кербикова») практически без изменений вошла в современные критерии расстройств личности. Например, в МКБ-10 (F60) диагностические требования включают: значительное несоответствие поведения ожиданиям культуры, тотальность и стабильность во времени, а также личностный дистресс или нарушение социального функционирования.

Ганнушкин создал одну из самых детальных классификаций психопатических личностей. Он выделял следующие типы (в скобках - современные аналоги):

Циклоиды (соответствуют биполярному расстройству II типа, циклотимии);

Астеники (избегающее расстройство личности, зависимое расстройство);

Шизоиды (шизоидное расстройство личности);



Эпилептоиды (возбудимое, параноидное расстройство с дисфорическими чертами);

Психастеники (ананкастное/обсессивно-компульсивное расстройство личности);

Паранойяльные (параноидное расстройство личности);

Истерические (гистрионное расстройство личности);

Неустойчивые (диссоциальное расстройство личности, антисоциальное поведение);

Антисоциальные (по современной классификации — диссоциальное);

Конституционально-глупые (умственная отсталость лёгкой степени, не достигающая выраженного слабоумия).

Важно подчеркнуть, что Ганнушкин предупреждал против чрезмерно жёсткого разграничения типов: «чистые» формы редки, чаще встречаются смешанные и переходные варианты. Эта идея перекликается с современными многомерными моделями, где расстройства личности описываются по спектрам и доменам (например, альтернативная модель DSM-5).

В отличие от большинства психиатров своего времени, Ганнушкин настаивал не на статике, а на динамике психопатических состояний. Он выделял: фазы - периодические изменения состояния (аналоги современных аффективных фаз); патологические реакции - острые декомпенсации под влиянием внешних факторов; патологические развития - постепенные изменения структуры личности в неблагоприятной среде.

Особенно важна мысль Ганнушкина о роли социальной среды: «Жизненная сила психопатий зависит от социальной среды... правильно организованная социальная среда заглушает выявление и рост психопатий». Это положение предвосхитило биопсихосоциальную модель расстройств личности, принятую в современной психиатрии.



Несмотря на фундаментальность вклада, наследие Ганнушкина долгое время оставалось малоизвестным за пределами России, а внутри страны было вытеснено более поздними классификациями (МКБ-9,10,11). Этому способствовали: недостаток переводов на иностранные языки; идеологическая изоляция советской психиатрии; смещение фокуса на биологические методы лечения.

Однако в последние годы наблюдается возрождение интереса: переиздаётся «Клиника психопатий», идеи Ганнушкина активно используются в исследованиях пограничных состояний и в психотерапевтической практике. Как показывает сравнение, типология Ганнушкина зачастую более клинически тонка, чем стандартизированные критерии МКБ, и может служить полезным дополнением к ним.

Заключение

1. Учение П. Б. Ганнушкина о патологических характерах содержит триаду диагностических критериев, типологию и динамическую концепцию, которые сохраняют теоретическую и практическую ценность.

2. Основные положения его концепции во многом предвосхитили современные классификации расстройств личности (МКБ-11, DSM-5), а в некоторых аспектах (например, в описании смешанных типов и роли среды) превосходят их.

3. «Забвение» наследия Ганнушкина носит относительный характер и связано с историко-научными факторами, а не с устареванием его идей.

4. Рекомендуется включение развёрнутого изучения работ Ганнушкина в программы подготовки клинических психологов и психиатров, а также дальнейшая ревитализация его концепции в научных исследованиях.



Источники и литература / Sources and references:

1. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика / П. Б. Ганнушкин. – М.: Север, 1933. – 143 с.
2. Ганнушкин, П. Б. Избранные труды / П. Б. Ганнушкин. – Ростов н/Д.: Феникс, 1998. – 416 с.
3. Кербилов, О. В. Избранные труды / О. В. Кербилов. – М.: Медицина, 1971. – 312 с.
4. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – 2-е изд. – Л.: Медицина, 1983. – 256 с.
5. Смулевич, А. Б. Расстройства личности / А. Б. Смулевич // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Н. Г. Незнанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 512–548.
6. Воронина, А. Г. П. Б. Ганнушкин: интеллектуальная биография психиатра / А. Г. Воронина, А. В. Кузнецова. – М.: Музей психиатрической больницы № 4 им. П. Б. Ганнушкина, 2015. – 88 с.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. – 5th ed. (DSM-5). – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. – 947 p.
8. Всемирная организация здравоохранения. МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб.: Адис, 1994. – 304 с.
9. Тхостов, А. Ш. Динамика психопатий в концепции П. Б. Ганнушкина и современные представления о расстройствах личности / А. Ш. Тхостов, К. Г. Сурнов // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2010. – № 3. – С. 34–42.
10. Самохина, А. К. У истоков отечественной малой психиатрии: к 140-летию со дня рождения П. Б. Ганнушкина / А. К. Самохина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2015. – Т. 115, № 5. – С. 98–100.



ГОРДОН УИЛЛАРД ОЛЛПОРТ: БИОГРАФИЯ И ГЛАВНЫЙ ВКЛАД В ПСИХОЛОГИЮ ЛИЧНОСТИ

Сейсекенова Е. С.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – канд. психол. наук, доцент Е. В. Янко

Аннотация. В статье представлен анализ жизненного пути и научного наследия Гордона Уилларда Оллпорта (1897–1967) - одного из основоположников психологии личности в США. Рассматриваются ключевые этапы его биографии, сформировавшие научное мировоззрение: ранние годы в семье врача, обучение в Гарварде, стажировки в Германии и Англии, а также многолетняя преподавательская деятельность в Гарвардском университете. Основное внимание уделяется теоретическим концепциям Оллпорта, составившим его главный вклад в науку: иерархической теории черт личности (кардинальные, центральные и вторичные черты), принципу функциональной автономии мотивов, понятию «проприум» (самость), а также исследованиям в области предрассудков и социальной психологии. Отдельно анализируется предложенный Оллпортом идиографический подход к изучению личности, подчеркивающий уникальность каждого человека в противовес номотетическим методам.

Ключевые слова: Гордон Оллпорт, психология личности, теория черт, функциональная автономия, проприум, идиографический метод, природа предрассудков.



**GORDON WILLARD ALLPORT: BIOGRAPHY
AND MAIN CONTRIBUTION
TO PERSONALITY PSYCHOLOGY**

Seysekenova E. S.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – E.V. Yanko

Abstract. The article presents an analysis of the life path and scientific legacy of Gordon Willard Allport (1897–1967), one of the founders of personality psychology in the United States. The key stages of his biography that shaped his scientific worldview are considered: his early years in a doctor's family, his education at Harvard, his internships in Germany and England, and his long-term teaching career at Harvard University. The main focus is on Allport's theoretical concepts, which constitute his main contribution to science: the hierarchical theory of personality traits (cardinal, central, and secondary traits), the principle of functional autonomy of motives, the concept of "proprium" (self), and research on prejudice and social psychology. Allport's idiographic approach to personality studies is also analyzed, emphasizing the uniqueness of each individual in contrast to nomothetic methods.

Keywords: Gordon Allport, personality psychology, trait theory, functional autonomy, proprium, idiographic method, and the nature of prejudice.

Введение

Даже люди, далёкие от психологии знают таких гениев как Зигмунд Фрейд, Карл Юнг. Но есть психологи, чей вклад в психологию личности не менее важен. Один из них - Гордон Уиллард Оллпорт (1897 - 1967). Его имя редко кто упоминает, но идеи, которые он разработал, прочно вошли в повседневную жизнь. Когда говорим «у него предвзятый взгляд на мир» или «у неё сложный характер», мы, сами того не зная, говорим языком Оллпорта [3].



В научной психологии традиционно выделяют три подхода к интерпретации работ Оллпорта. Первый (историко-психологический) рассматривает его как связующее звено между психоанализом и гуманистической психологией, подчёркивая спор с Фрейдом [5]. Второй (дифференциально-психологический) упрощая теорию Оллпорта до трёхуровневой модели черт, опуская понятие проприума. Третий (социально-психологический) актуализирует работу «Природа предрассудков» [2], однако редко связывает её с общеличностной теорией Оллпорта как будто даже знаменитая встреча с Фрейдом не повлияла на формирование её концепций [4].

Объект - теоретическое наследие Гордона Оллпорта. Предмет - взаимосвязь биографических обстоятельств с формированием четырёх ключевых концепций: теория черт, автономия мотивов, проприум, природа предрассудков.

Цель исследования - реконструировать логику теоретического выбора Оллпорта, показав, как его личный опыт обусловил отказ от редукционизма.

Методологические рамки

Исследование опирается на историческо-теоретический метод с элементами биографического анализа. В отличие от чистого хронологического подхода (перечисления дат жизни) мы рассматриваем биографические факты как «теоретические события» - моменты, где личный опыт напрямую переходит в научное обобщение [10].

Результаты анализа показали, что минимум три биографических эпизода напрямую повлияли на теоретический выбор Оллпорта.

Первый эпизод - встреча с Фрейдом (1913). 22-летний Оллпорт, уже окончив Гарвард, отправился в Европу. В Вене он решил встретиться с Фрейдом, написал ему записку и получил согласие. При встрече Оллпорт был растерян, и чтобы нарушить тишину, рассказал первую попавшую историю - про мальчика



с патологическим страхом испачкаться, отметив, что мать мальчика выглядела очень опрятной и властной. Фрейд выслушал и вдруг спросил: не является ли этим мальчиком сам Олпорт. Этот момент стал точкой расхождения. По мнению Олпорта, Фрейд слишком глубоко копает. Не всё нужно сводить к бессознательным конфликтам. Ведь возможно, мальчик боится испачкаться просто потому, что его так воспитали - и это нормальное, поверхностное объяснение [5]. Олпорт позже писал: нормальные люди живут не только прошлым, но настоящим и будущим, а по Фрейду получается, что за каждым поступком стоит какая-то глубинная травма [5].

Второй эпизод - Олпорт уехал в Дартмутский колледж, где проработал 4 года преподавателем практических занятий по психологии личности для студентов самого разного происхождения, дети иммигрантов из Италии, Ирландии, Польши; студенты из бедных рабочих семей; люди, совмещающие работу с учёбой. Наблюдая и анализируя их жизненные истории, выделил три важных вывода [4].

1. Студенты, имевшие тяжёлое детство, иногда становились успешными и психически здоровыми, а студенты из благополучных семей, наоборот, «слетали с дистанции». Это стало доказательством, что детские травмы не фатальны.

2. Студенты, которые добивались успеха имели ясные жизненные планы. Не бессознательные влечения, а осознанные намерения двигали ими.

3. Олпорт отметил, что статистические методы (средние показатели) не могут объяснить уникальность, поэтому каждого нужно понимать индивидуально.

Третий эпизод - работа над «письмами Дженни» (1940–1950-е). Олпорт получил 300 писем от пожилой женщины, жаловавшейся на жизнь и сына. Вместо того чтобы искать одну-единственную травму, он выделил 8 устойчивых черт личности [8]:



Подозрительность - везде видела обман, считала, что люди хотят её использовать. Эгоцентризм - всё крутилось вокруг неё, её обид, её самочувствия. Зависимость - не могла быть одна, требовала постоянного внимания сына. Драматизация - преувеличивала события, всё описывала в чёрно-белых тонах. Тревожность - постоянно боялась за сына, за здоровье, за будущее. Нарциссизм - считала себя несправедливо обиженной гениальной личностью. Враждебность - злилась на сына, но выражала это через жалобы и вину. Импульсивность - резко меняла планы, настроение, отношения.

Этот кейс стал эмпирическим обоснованием теории черт и доказательством, что личность не сводится к одному объяснению [4].

Четыре ключевых вклада Оллпорта (результаты теоретического анализа).

Вклад №1: теория черт личности. Оллпорт предложил трехуровневую иерархию: кардинальные черты (одна - две, пронизывающие всю жизнь), например, «Мать Тереза - служение»; центральные черты (5–10 штук, которые лучше всего описывают человека. То, что мы перечислили бы в характеристике), например, «честный, тревожный, общительный, ироничный» и вторичные черты (многочисленные, но узкие черты, проявляются только в конкретных ситуациях), например, «нервничает перед экзаменом, раздражается, когда долго ждёт» [3]. В отличие от Айзенка, который предложил называть людей «экстравертами» или «невротиками», Оллпорт настаивал на идеографическом подходе — каждый человек обладает уникальным набором черт, который нельзя свести к общим типам. Оллпорт не был сторонником тестов.

Оллпорт предлагает три способа:

1. Номотетический - общие опросники (для предварительного знакомства, но этого мало)



2. Идеографический - подробное изучение одного человека через автобиографии, письма и дневники, наблюдение, беседы.

3. Экспериментальный - специальные задания и пробы, но Олпорт использовал его реже.

Главное для него было - не потерять живого человека за цифрами и шкалами [4].

Вклад №2: автономия мотивов. Это свойство взрослых мотивов становится независимыми от детских или биологических причин, которые их породили. Например, человек начинает ходить в спортзал из-за комплексов, но через год его мотив - удовольствие от движения [3].

Олпорт выделял несколько стадий формирования автономного мотива: исходная причина (часто связана с потребностью, травмой, подражанием), человек начинает заниматься этим регулярно, появляется собственный интерес к процессу, исходная причина теряет значение, мотив становится автономным - сам себя подкрепляет [9].

Фрейд сказал бы: «Нет, он всё ещё компенсирует детскую травму, просто не осознает этого». Олпорт спорит: «Зачем нам это допущение? Человек говорит, что ему нравится - значит, так и есть». Это принципиально антиредукционистская позиция. Олпорт прямо писал: «Психоанализ преувеличивает роль прошлого. Зрелая личность не определяется тем, что случилось с ней в пять лет» [5].

Была так же критика в адрес автономии мотивов, но Олпорт отвечал: «Я описываю норму. Патология - это исключение. Психология слишком долго изучала больных и забыла про здоровых» [7]

Вклад №3: проприум (развитое «Я»). Проприум (от лат. proprius - «собственный»)- то, что делает личность активным творцом своей судьбы, а не



пассивным носителем черт [3]. Это чувство себя, которое развивается в 7 стадий - от осознания своего тела до долгосрочных жизненных целей:

1. Телесное «Я» (0-2 года) ребёнок начинает понимать, что его тело - это его «Это моя рука», «Я чувствую боль».
2. Самоидентичность (2 года) осознание себя как отдельного существа « Я - это я, даже когда сплю».
3. Самоуважение (3-4 года) гордость за самостоятельно сделанное «Я сам построил башню!».
4. Расширение «Я» (4-6 лет) ребёнок включает в «себя» свои вещи и близких «Моя игрушка - часть меня», «Моя мама».
5. Образ себя (6-12 лет) понимает свои сильные и слабые стороны «Я хорошо читаю, но плохо бегаю».
6. Рациональное управление собой (12 -18 лет) способность решать проблемы рефлексивно - планирование, самоконтроль, рассуждение «как бы я поступил».
7. Личное стремление (18+ лет) долгосрочные цели смысложизненные ориентации «Я хочу стать врачом, потому что важно помогать».

Оллпорт считал, что седьмая стадия - это вершина развития личности. Человек, который достиг её, живёт не сиюминутными желаниями и не прошлыми травмами, а долгосрочными целями, которые он сам для себя выбрал.

Это напрямую связано с автономией мотивов: личные стремления становятся автономными от детских истоков и движут человеком.

Низкий проприум - это человек, который легко меняет мнение под давлением других, не знает, чего хочет, его цели меняются каждый месяц, он не чувствует себя «автором» своей жизни.

Без проприума личность - это просто список качеств. С проприумом - живой человек с чувством себя и своими целями [3].



Вклад №4: природа предрассудков. Предрассудок — не злоба и не глупость, а естественный побочный продукт категоризации. Мозг упрощает реальность, приклеивая ярлыки. Опасным предрассудок становится, когда к нему добавляется эмоция страха или отвращения [2]. Олпорт дал чёткое определение, которое часто цитируют: «Предрассудок - это антипатия, основанная на ошибочном и негибком обобщении. Она может выражаться открыто или оставаться внутри человека. Направлена она против группы в целом или против отдельного человека, потому что является членом этой группы» [2].

Олпорт считал, что предрассудок вырастает из естественной способности мозга к категоризации. Ведь сами по себе категории полезны и неизбежны. Проблема возникает, когда:

1. Категория ошибочная (не соответствует реальности);
2. Категория негибкая (не меняется при встрече с новыми фактами);
3. К категории добавляется сильная эмоция (чаще всего - страх);

Олпорт предложил шкалу из 5 уровней предрассудков от «безобидных» до геноцида. И главное - он сформулировал гипотезу контакта: предрассудки между группами снижаются при равноправном общении, совместной деятельности и поддержке властей [2].

Связь биографии и теории: как личный опыт Олпорта определил его научные взгляды.

Как показал наш анализ, все четыре вклада Олпорта можно проследить до его личного опыта. Отказ Олпорта от фрейдовского редукционизма родился из встречи в Вене, где он увидел опасность «глубинной интерпретации всего подряд». Внимание к уникальности личности выросло из преподавания иммигрантам - каждый студент был уникален, хотя статистика их усредняла. Понятие автономии мотивов отражает собственный путь Олпорта: застенчивый мальчик стал блестящим лектором не потому, что «отработал» комплексы, а



потому что поставил новую цель. Таким образом, биография Олпорта — это не фон, а методологический ключ к его теории [4].

Заключение

В результате проведённого историко-теоретического и биографического анализа можно сделать следующие выводы.

Гордон Олпорт является недооценённым классиком психологии личности. Его идеи используются в повседневной речи и прикладной психологии, однако его имя редко упоминается наравне с Фрейдом или Юнгом [5]

.Причин, по которым Олпорта забыли, несколько: во-первых, он не создавал громкой школы и не воспитал армию последователей - в отличие от Фрейда или Скиннера [6]; во-вторых, его идеографический подход (изучение уникальности каждого человека) плохо сочетался с господствовавшей в середине XX века тенденцией к экспериментальной строгости и статистике; в-третьих, сам Олпорт не стремился к популярности - он писал для профессионалов, а не для широкой аудитории; в-четвёртых, его теория «проиграла» в узнаваемости более ярким концепциям (психоанализу - за скандальность, бихевиоризму - за обещание контроля поведения) [4].

Теория Олпорта имеет слабые стороны: во-первых, её трудно эмпирически проверить - понятие проприума и автономии мотивов остались описательными; во-вторых, он не объяснил механизмы формирования черт и автономии; в-третьих, идеографический подход трудоёмок и дорог, поэтому психология пошла по пути массовых тестов; в-четвёртых, он переоценил рациональность человека и слишком сильно отрицал роль бессознательного [10].

Тем не менее, четыре вклада Олпорта - теория черт, автономия мотивов, проприум и природа предрассудков - сохраняют актуальность. Главный урок его



наследия: личность не сводится к прошлому, и за цифрами не надо терять живого человека [3].

Практическая значимость работы заключается в том, что она может быть использована в курсах по истории психологии, а также как материал для популяризации наследия Оллпорта среди студентов-психологов.

Источники и литература / Sources and references:

1. Оллпорт Г. Личность: психологическая интерпретация. М.: КСП+, 1998. 512 с.
2. Оллпорт Г. Природа предрассудков. СПб.: Алетейя, 2013. 592 с.
3. Оллпорт Г. Становление личности: Избранные труды. М.: Смысл, 2002. 462 с.
4. Холл К., Линдсей Г. Теории личности. М.: Эксмо-Пресс, 1999. 592 с.
5. Фрейд З. Введение в психоанализ. СПб.: Азбука-классика, 2009. 480 с.
6. Скиннер Б. О бихевиоризме. М.: АСТ, 2021. 256 с.
7. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб.: Питер, 2019. 400 с.
8. Аллен Б. П. Личность: теоретико-эмпирические подходы. М.: Когито-Центр, 2014. 347 с.
9. Allport G. The Person in Psychology: Selected Essays. Boston: Beacon Press, 1968. 319 p.
10. Nicholson I. A. Gordon Allport, Character, and the "Culture of Personality" // History of Psychology. 1998. Vol. 1. No. 2. P. 94–106.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Селин И. И., Селезнева С. С., Пивовар О. И.

Кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Аннотация. В данном исследовании проведена оценка уровня тревожности у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С до начала и после завершения противовирусной терапии, и определена роль заболевания в формировании значимости отдельных социальных аспектов жизнедеятельности больного. Установлено значение личного опыта пациента в изучаемой проблеме на примере наблюдательного сравнительного исследования с использованием методики Спилбергера-Ханина для оценки уровня тревожности и методики А. И. Сердюка для определения субъективной значимости болезни у 75 больных, проходивших лечение и диспансерное наблюдение в Кузбасской клинической инфекционной больнице. После завершения противовирусной терапии зарегистрировано статистически значимое снижение доли пациентов с высоким уровнем личной тревожности (с 50,0% до 22,9%). Значительных изменений субъективной значимости болезни и ситуативной тревожности не было обнаружено. Определение степени адаптации к болезни, уровней ситуационной и личностной тревожности у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С позволит выявить наиболее уязвимые группы, нуждающиеся в дополнительной психологической помощи.

Ключевые слова: тревожность, хронический вирусный гепатит С, личностная тревожность, ситуативная тревожность, психическое состояние, противовирусная терапия.

ASSESSMENT OF ANXIETY LEVELS IN PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS C

Selin I. I., Selezneva S. S., Pivovar O. I.

*Department of Epidemiology and Infectious Diseases
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*



Abstract. This study assessed the level of anxiety in patients with chronic viral hepatitis C before and after antiviral therapy, and determined the role of the disease in shaping the importance of certain social aspects of the patient's life. The significance of the patient's personal experience in the problem under study has been established using the example of an observational comparative study using the Spielberger-Khanin methodology to assess the level of anxiety and the method of A. I. Serdyuk to determine the subjective significance of the disease in 75 patients undergoing treatment and follow-up at the Kuzbass Clinical Infectious Diseases Hospital. After completion of antiviral therapy, a statistically significant decrease in the proportion of patients with high levels of personal anxiety was recorded (from 50,0% to 22,9%). No significant changes in the subjective significance of the disease and situational anxiety were found. Determining the degree of adaptation to the disease, the levels of situational and personal anxiety in patients with chronic viral hepatitis C will help identify the most vulnerable groups in need of additional psychological assistance.

Keywords: anxiety, chronic viral hepatitis C, personal anxiety, situational anxiety, mental state, antiviral therapy.

Введение

Современный ритм жизни, постоянный поток информации, высокая социальная и профессиональная нагрузка, а также широкое распространение цифровых технологий создают условия, при которых тревожность становится одной из наиболее частых психологических проблем современного человека. Повышенный уровень тревоги способен снижать качество жизни, нарушать социальную адаптацию и отрицательно влиять на повседневную активность.

Особую значимость проблема тревожности и депрессивных расстройств приобретает у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) является не только заболеванием



печени, но и системной инфекцией, которая может сопровождаться внепеченочными проявлениями, в том числе нарушениями психоэмоционального состояния. По данным отечественного обзора Т. В. Полукчи и соавт., хронические вирусные гепатиты характеризуются широким спектром внепеченочных проявлений. Среди них авторы выделяют депрессию, тревогу, патологическую усталость, раздражительность, беспокойство, бессонницу и повышенную чувствительность к боли [1, с. 206]. В этом же обзоре отмечено, что распространенность тревоги и депрессии у пациентов с хроническими вирусными гепатитами варьирует от 37% до 83%, при этом достаточно часто встречаются клинически значимые проявления тревожных и депрессивных расстройств [1, с. 206-207].

У пациентов с хроническими инфекционными заболеваниями по мере течения болезни могут появляться новые или усиливаться уже имеющиеся изменения психоэмоционального статуса. Наиболее часто такие изменения проявляются в виде тревожных и депрессивных расстройств различной степени выраженности. При ХВГС психологические нарушения могут быть связаны не только с самим фактом хронического заболевания, но и с социальной стигматизацией, ограничением привычной активности, тревогой за отдаленный прогноз, а также с возможным влиянием вируса на центральную нервную систему [2, с. 2; 4, с. 1-2].

Для раннего выявления признаков дезадаптации и повышенной тревожности у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С целесообразно использовать шкалу реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина. Оценка психологического состояния пациента, особенностей его реагирования на заболевание и различные этапы лечения имеет важное клиническое значение. Эти факторы могут влиять не только на качество жизни,



но и на приверженность лечению, а следовательно, и на конечный результат терапии.

Появление препаратов прямого противовирусного действия (ПППД) существенно изменило подходы к лечению ХВГС. Современные безинтерфероновые схемы терапии отличаются высокой эффективностью и лучшей переносимостью по сравнению с интерферонсодержащими режимами. В научных исследованиях показано, что после ПВТ у пациентов с HCV-инфекцией может наблюдаться улучшение психоэмоциональных показателей. Так, С. М. Danilescu и соавт. выявили снижение частоты тревожных симптомов с 43,34% до 4,44%, а депрессивных симптомов – с 21,11% до 1,11% после достижения устойчивого вирусологического ответа [2, с. 1]. В работе Т. Pawłowski и соавт. после лечения ПППД у пациентов с ХВГС отмечалось улучшение показателей депрессии и когнитивного функционирования; тревожность при этом оценивалась с использованием шкалы ситуативной и личностной [7, с. 1].

В последние годы большое внимание уделяется также качеству жизни пациентов с ХВГС. По данным О. Korrandi и соавт., после ПВТ у больных с гепатитом С отмечалось улучшение как физического, так и психического компонентов качества жизни [5, с. 1-2]. М. С. Pirlog и соавт. также указывают, что ПВТ у пациентов с хронической HCV-инфекцией может способствовать повышению качества жизни, при этом тревожность рассматривается как один из влияющих факторов [8, с. 1-2].

Цель исследования – оценить уровень тревожности у больных с хроническим вирусным гепатитом С и определить влияние заболевания на социальные аспекты жизни пациента.

Объекты и методы исследования

Проведено наблюдательное сравнительное исследование, направленное на изучение распределения показателей тревожности и субъективной значимости



заболевания у пациентов с ХВГС до начала и после завершения ПВТ. Дизайн исследования соответствовал формату одnogруппового сравнения показателей до и после. При подготовке статьи учитывались рекомендации STROBE по описанию наблюдательных исследований.

В исследовании приняли участие 75 больных с ХВГС, находившихся на лечении и диспансерном наблюдении в Кузбасской клинической инфекционной больнице г. Кемерово. Критериями включения были: возраст от 19 до 68 лет, наличие верифицированного ХВГС в фазе репликации, отсутствие психических отклонений, а также согласие пациента на участие в исследовании. До начала ПВТ в анализ были включены данные 40 наблюдений, после завершения лечения – 35. Материал исследования получен с помощью анкетирования, личной беседы с больными и анализа медицинской документации.

Оценка тревожности проводилась по методике Спилбергера-Ханина. Данная методика включает 20 вопросов, направленных на определение уровня личностной тревожности, и 20 вопросов, позволяющих оценить уровень ситуативной (реактивной) тревожности. Для оценки субъективного влияния соматического заболевания на жизнь пациента использовалась методика А. И. Сердюка, включающая 10 вопросов. Она позволяет определить степень адаптации больного к заболеванию и оценить влияние патологии на различные сферы его жизни.

Все исследуемые показатели относились к порядковым категориальным переменным. Значимость болезни оценивали как низкую, среднюю, высокую и очень высокую. Ситуативную и личностную тревожность классифицировали как низкую, умеренную и высокую.

Для сравнения распределения показателей до и после ПВТ использовали критерий χ^2 Пирсона. Силу связи между показателями оценивали с помощью V Крамера. Для выявления порядковых различий между показателями до и после



лечения применяли критерий Манна-Уитни с присвоением категориям ранговых значений. При анализе доли пациентов с высоким уровнем тревожности использовали точный критерий Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

По шкале субъективной значимости болезни А. И. Сердюка до начала лечения у 23 пациентов была выявлена низкая значимость заболевания, что составило 57,5%. Средний уровень значимости отмечался у 10 пациентов (25,0%), высокий – у 7 человек (17,5%). После завершения терапии распределение показателей существенно не изменилось: низкая значимость болезни была зарегистрирована у 20 пациентов (57,1%), средняя – у 10 (28,6%), высокая – у 5 больных (14,3%). Очень высокая значимость заболевания не определялась ни до начала лечения, ни после окончания ПВТ. Статистически значимых различий между распределениями выявлено не было: $\chi^2=0,210$; $p=0,900$; V Крамера=0,053.

Дальнейший анализ ответов респондентов, выполненный по технологии А. И. Сердюка, помог выяснить, какие аспекты их жизни связаны у пациентов с ограничивающим воздействием болезни на жизнедеятельность. Наиболее часто пациенты обращали внимание на то, что им требуется ограничить свое поведение и свою активность, в том числе употребление алкоголя, пищи и развлечения – 42,0%. Моральные потери, связанные с болезнью, отметили 25,0% пациентов. В качестве двух признаков у 25,0% респондентов совмещалась необходимость самоограничений и ощущения морального ущерба. 8,0% больных считали, что из-за посещения медицинских организаций у них уменьшается количество свободного времени по сравнению со здоровыми людьми.



Сходная картина наблюдалась и при оценке ситуативной тревожности. До начала терапии низкий уровень реактивной тревожности отмечался у 24 пациентов (60,0%), умеренный – у 13 (32,5%), высокий – у 3 больных (7,5%). После завершения лечения низкий уровень ситуативной тревожности был выявлен у 18 пациентов (51,4%), умеренный – у 13 (37,1%), высокий – у 4 больных (11,4%). Эти различия не достигли статистической значимости: $\chi^2=0,670$; $p=0,715$; V Крамера=0,094. Дополнительный анализ порядковых категорий также не показал значимых различий: $U=633,5$; $p=0,428$.

Наиболее значительные изменения были связаны с личностной тревожностью. До начала ПВТ низкий уровень личностной тревожности отмечался у 4 пациентов (10,0%), умеренный – у 16 (40,0%), высокий – у 20 больных (50,0%). После завершения лечения распределение изменилось: низкий уровень личностной тревожности был зарегистрирован у 14 пациентов (40,0%), умеренный – у 13 (37,1%), высокий – у 8 больных (22,9%). Эти различия были статистически значимыми: $\chi^2=10,723$; $p=0,0047$; V Крамера=0,378. При ранговом анализе порядковых категорий статистическая значимость также сохранялась: $U=976,0$; $p=0,0018$.

При дополнительном разделении показателя на две категории личностной тревожности, на высокий уровень и отсутствие высокого уровня, подтверждено наличие статистически значимых различий. До начала терапии высокий уровень личностной тревожности выявлялся у 20 пациентов (50,0%), тогда как после лечения – у 8 больных (22,9%). По точному критерию Фишера значение $p=0,018$. Отношение шансов было равно 3,38; 95% ДИ: 1,24-9,20.

После завершения ПВТ у пациентов с ХВГС было зафиксировано статистически значимое изменение распределения уровней личностной тревожности. Доля пациентов с высоким уровнем личностной тревожности снизилась с 50,0% до 22,9%, а доля больных с низким уровнем, напротив,



увеличилась с 10,0% до 40,0%. Это указывает на более благоприятное распределение уровней личностной тревожности после завершения лечения ХВГС.

Полученные данные соотносятся с результатами С. М. Danilescu и соавт., которые показали значимое снижение тревожных и депрессивных симптомов у пациентов с HCV-инфекцией на фоне ПВТ [2, с. 1]. Близкие результаты представлены в исследовании Z. G. Mahran и соавт., где было отмечено улучшение симптомов тревоги и депрессии у пациентов с хроническим гепатитом С, получавших ПВТ [6, с. 1]. В работе Т. Pawłowski и соавт. после лечения ПППД также наблюдалось улучшение показателей депрессии и когнитивных функций; тревожность при этом оценивалась с использованием шкалы тревожности Спилбергера [7, с. 1].

Отсутствие статистически значимых изменений ситуативной тревожности может быть связано с природой самого показателя. Реактивная тревожность отражает текущее эмоциональное состояние пациента и зависит от множества краткосрочных обстоятельств: клинической ситуации, ожидания результатов обследования, соматического самочувствия, личных переживаний и других факторов. Личностная тревожность имеет иной характер: она отражает более устойчивую склонность человека воспринимать различные жизненные ситуации, как потенциально угрожающие. Поэтому снижение именно личностной тревожности после завершения ПВТ может говорить о более глубоком изменении отношения пациента к заболеванию, лечению и дальнейшему прогнозу.

Субъективная значимость болезни по методике А. И. Сердюка статистически значимо не изменилась. Вероятно, это связано с тем, что восприятие хронического заболевания формируется не только под влиянием факта завершения терапии. На него могут влиять более устойчивые



обстоятельства: длительность заболевания, предшествующий опыт лечения, семейные и профессиональные ограничения, стигматизация, уровень информированности пациента, а также индивидуальные механизмы психологической адаптации. Косвенно на роль таких факторов указывают данные о связи HCV-инфекции с функциональными ограничениями, снижением повседневной активности и ухудшением качества жизни [8, с. 2].

Современные данные показывают, что психоэмоциональные нарушения при ХВГС нельзя рассматривать только как вторичную реакцию на соматический диагноз. HCV-инфекция ассоциирована с депрессией, тревогой, патологической усталостью, нарушениями сна и когнитивными изменениями [1, с. 206-207]. В литературе также обсуждаются возможное влияние HCV на центральную нервную систему, роль эмоционального стресса, функциональных ограничений, социальной стигматизации и опасений, связанных с прогнозом заболевания [2, с. 2; 4, с. 2]. В крупном когортном исследовании Y. Fang и соавт. было показано, что ПВТ у ранее не леченных пациентов с ХВГС ассоциировалась с более низким риском нейропсихиатрических расстройств по сравнению с интерферонсодержащей терапией в течение 6 месяцев после завершения лечения [4, с. 1].

Отдельное значение имеет вопрос безопасности ПВТ у больных с психическими нарушениями. По данным D. Dybowska и соавт., ПВТ у пациентов с HCV-инфекцией и психическими расстройствами была эффективной и безопасной. Частота достижения устойчивого вирусологического ответа существенно не отличалась от показателей в группе больных без психических нарушений [3, с. 4086-4087]. Эти данные важны для клинической практики, поскольку тревожно-депрессивные симптомы не должны рассматриваться, как основание для исключения пациента из современной ПВТ. Вместе с тем, такие



больные нуждаются в более внимательном клиническом и психологическом сопровождении.

Качество жизни остается одним из значимых критериев оценки состояния пациентов с ХВГС. В исследованиях последних лет показано, что ПВТ может сопровождаться улучшением физических и психических показателей качества жизни [5, с. 1-2], а также положительной динамикой показателей качества жизни, связанного со здоровьем (HRQoL) с учетом клинических и психологических факторов [8, с. 1-2]. Поэтому оценка тревожности и субъективной значимости болезни может быть полезна не только для описания психоэмоционального состояния больного, но и для определения необходимости дополнительной психологической поддержки.

В целом результаты настоящего исследования согласуются с представлением о ХВГС, как о заболевании, затрагивающем не только соматическое состояние, но и психоэмоциональную и социальную сферы жизни пациента. Снижение личностной тревожности после завершения ПВТ может рассматриваться как один из дополнительных благоприятных эффектов лечения. При этом, для подтверждения индивидуальной динамики тревожности необходимы дальнейшие исследования с парным дизайном наблюдения.

Заключение

У пациентов с ХВГС после проведения ПВТ было зарегистрировано статистически значимое снижение уровня личностной тревожности. Доля пациентов с высоким уровнем личностной тревожности уменьшилась с 50,0% до 22,9%, тогда как доля больных с низким уровнем тревожности увеличилась с 10,0% до 40,0%.

После завершения лечения статистически значимых изменений в распределении субъективной значимости болезни по методике А. И. Сердюка и ситуативной тревожности выявлено не было.



Завершение ПВТ у пациентов с ХВГС ассоциировалось с более благоприятным распределением уровней личностной тревожности.

При интерпретации этих данных необходимо учитывать отсутствие индивидуальных парных наблюдений. Представленные результаты отражают сравнение групповых распределений до и после лечения и не позволяют утверждать, что у каждого больного имела место индивидуальная динамика тревожности.

С учетом современных литературных данных оценка тревожности и субъективной значимости болезни у пациентов с ХВГС может использоваться для выявления больных, которым требуется дополнительная психологическая поддержка на этапах лечения и последующего диспансерного наблюдения.

Источники и литература / Sources and references:

1. Полукчи Т. В., Славко Е. А., Абуова Г. Н., Касимова Т. В. Тревожно-депрессивные расстройства при хронических вирусных гепатитах. Обзор литературы // Наука и Здравоохранение. 2022. Т. 24, № 4. С. 206-215. DOI: 10.34689/SH.2022.24.4.025. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/trevozhno-depressivnye-rasstroystva-pri-hronicheskikh-virusnyh-gepatitah-obzor-literatury>.
2. Danilescu C. M., Sandulescu D. L., Pirlog M. C., Streba C. T., Rogoveanu I. Depressive and Anxious Symptoms in Hepatitis C Virus Infected Patients Receiving DAA-Based Therapy // Diagnostics. 2021. Vol. 11, № 12. Article 2237. P. 1-12. DOI: 10.3390/diagnostics11122237. URL: <https://www.mdpi.com/2075-4418/11/12/2237>.
3. Dybowska D., Zarębska-Michaluk D., Rzymiski P., Berak H., Lorenc B., Sitko M., Dybowski M., Mazur W., Tudrujek-Zdunek M., Janocha-Litwin J. et al. Real-world effectiveness and safety of direct-acting antivirals in hepatitis C virus patients with mental disorders // World Journal of Gastroenterology. 2023. Vol. 29, № 25. P. 4085-4098. DOI: 10.3748/wjg. v29.i25.4085. URL: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v29/i25/4085.htm>.



4. Fang Y., Chen C.-Y., Yu H.-C., Lin P.-C. Neuropsychiatric disorders in chronic hepatitis C patients after receiving interferon or direct-acting antivirals: a nationwide cohort study // *Frontiers in Pharmacology*. 2023. Vol. 14. Article 1191843. P. 1-14.

5. Koppandi O., Iovanescu D., Miutescu B., Gadour E., Jigau O. M., Papoi A. I., Burciu C., Miutescu E. Assessing Quality of Life in Hepatitis C Patients: Improvements Following Direct-Acting Antiviral Therapy – A Single-Center Romanian Study // *Healthcare*. 2025. Vol. 13, № 23. Article 3007. P. 1-15. DOI: 10.3390/healthcare13233007.

6. Mahran Z. G., Khalifa H., Makhoul N. A., Mostafa D. K., Aboalam H. S., Moustafa E. F., Ahmed G. K. Effect of gender difference on psychiatric outcomes for hepatitis C virus patients receiving direct-acting antivirals in Egyptian population: a cohort study // *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2022. Vol. 58. Article 155. P. 1-8. DOI: 10.1186/s41983-022-00585-4. URL: <https://ejnnpn.springeropen.com/articles/10.1186/s41983-022-00585-4>.

7. Pawłowski T., Radkowski M., Perlejewski K., Szymańska B., Berak H., Horban A., Laskus T. Direct-acting antivirals (DAA) positively affect depression and cognitive function in patients with chronic hepatitis C // *PLOS ONE*. 2025. Vol. 20, № 4. Article e0320221. P. 1-12. DOI: 10.1371/journal.pone.0320221.

8. Pirlog M. C., Danilescu C. M., Alexandru D. O., Streba C. T., Rogoveanu I. The Role of Direct-Acting Antivirals in Enhancing Quality of Life Among Individuals with Chronic Hepatitis C // *Healthcare*. 2025. Vol. 13, № 8. Article 878. P. 1-17.



КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Семенов В. А.¹, Старченкова. Т. Е.², Семенова Э. А.³,

Снигирев К. С.¹, Кодиров Х. Х.¹

¹*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»,
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

²*Управление Роспотребнадзора по Кемеровской области,
Россия, г. Кемерово,*

³*ГБПОУ «Кузбасский медицинский колледж», Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В настоящей статье представлен анализ эпидемиологической ситуации по иксодовому клещевому боррелиозу в Кемеровской области. Рассмотрены клинические проявления раннего и позднего периодов нейроборрелиоза.

Ключевые слова: иксодовый клещевой боррелиоз, клещ.

TICK-BORNE BORRELIOSIS IN THE KEMEROVO REGION

Semenov V. A.¹, Starchenkova T. E.², Semenova E. A.³,

Snigirev K. S.¹, Kodirov Kh. Kh.¹

¹*Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

²*Department of Rospotrebnadzor for the Kemerovo Region,
Kemerovo, Russia*

Abstract. This article presents an analysis of the epidemiological situation of ixodid tick-borne Lyme disease in the Kemerovo Region. The clinical manifestations of early and late periods of neuroborreliosis are considered.

Keywords: ixodid tick-borne Lyme disease, tick.

Заболевания, вызываемые боррелиями у человека, входят в спектр трансмиссивных инфекций, переносчиками которых являются клещи: иксодовые и орнитодоровые.



Орнитодоровые клещи встречаются на юге Сибири и распространяют возвратный клещевой тиф; выделяют более 20 геновидов спирохет- патогенов данного заболевания [1]. В настоящее время приоритетное значение имеет иксодовый клещевой боррелиоз, исследование которого началось 70-х годах прошлого века и связано с открытием роли *Bor. Burgdorferi* и обозначенного как болезнь Лайма [2, 3]. Позднее были выявлены другие геновиды боррелий, вызывающих схожее заболевание [4, 5]. Кемеровская область является эндемичным регионом иксодового клещевого боррелиоза, который нередко протекает в сочетании с клещевым энцефалитом в виде смешанной энцефалитно-боррелиозной инфекции [6, 7].

Актуальность проблемы обусловлено сохраняющейся относительно высокой заболеваемости данной патологии населения региона наличием неблагоприятных последствий. ФБУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в Кемеровской области осуществляет динамический контроль заболеваемости населения области клещевым энцефалитом и боррелиозом; данные представлены в таблице 1; учет инфекционных заболеваний, распространяемых орнитодоровыми клещами не проводятся.

Таблица 1.

Заболеваемость клещевыми инфекциями с 2008 г. по 2015 г.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Обращени й по поводу укусов клещей КО (абс. число)	33096	4249 0	41543	40185	29608	29777	22242	32704



Обращени й по поводу укусов клещей КО (показател ь на 100 тыс. нас.)	1172,1	1505, 7	1472,8	1455,3	1076,3	1085,8	813,5	1200,2
Клещевой энцефалит в КО (абс. число)	156	200	186	187	157	123	81	135
Клещевой энцефалит в КО (показател ь на 100 тыс. нас.)	5,5	7,1	6,6	6,6	5,7	4,5	3,0	4,95
Клещевой энцефалит в РФ (абс. число)	2817	3721	3108	3544	2732	2255	1984	2308
Клещевой энцефалит в РФ (показател ь на 100 тыс. нас.)	2,0	2,6	2,2	2,5	1,9	1,58	1,39	1,58
Клещевой боррелиоз в КО	170	184	203	280	212	188	183	272



(абс. число)								
Клещевой боррелиоз в КО (показател ь на 100 тыс. нас.)	6,02	6,52	7,2	10,1	7,7	6,86	6,69	9,98
Клещевой боррелиоз в РФ (абс. число)	7706	9688	7063	9957	8288	5715	6439	7429
Клещевой боррелиоз в РФ (показател ь на 100 тыс. нас.)	5,42	6,82	4,97	7,0	5,8	4,0	4,41	5,09
Число случаев заболевани я после укусов клещей не верифицир ованными инфекциям и в КО (абс. число)	529	611	649	536	440	371	278	465
Число случаев заболевани	18,7	21,7	23,0	18,9	15,9	13,6	10,3	17,0



я после укусов клещей не верифицированы инфекциям и в КО (показатель на 100 тыс. нас.)									
	016	017	018	019	020	021	022	023	024
Обращений по поводу укусов клещей КО (абс. число)	8752	4504	6995	0356	1563	0023	7842	7390	1805
Обращений по поводу укусов клещей КО (показатель на 100 тыс. нас.)	1058,0	1273,8	1001,7	1135,1	1187,5	1140,1	1069,1	1066,5	855,9
Клещевой энцефалит в КО (абс. число)	139	125	106	94	108	48	92	98	64
Клещевой энцефалит в КО (показатель на 100 тыс. нас.)	5,11	4,61	3,9	3,51	4,06	1,82	3,53	3,82	2,51



Клещевой энцефалит в РФ (абс. число)	2035	1943	1727	1748		1015	1969		
Клещевой энцефалит в РФ (показатель на 100 тыс. нас.)	1,39	1,33	1,2	1,19	0,67	0,69	1,34	1,22	
Клещевой боррелиоз в КО (абс. число)	219	375	230	257	147	98	192	152	74
Клещевой боррелиоз в КО (показатель на 100 тыс. нас.)	8,06	13,84	8,53	9,5	5,53	3,72	7,41	5,92	2,9
Клещевой боррелиоз в РФ (абс. число)	6103	6717	6482	8048	4204	3875	7264	9123	
Клещевой боррелиоз в РФ (показатель на 100 тыс. нас.)	4,18	4,58	4,4	5,48	2,86	2,65	4,98	6,22	
Число случаев заболевания после укусов	466	460	341	382	234	140	212	172	143



клещей не верифициров анными инфекциями в КО (абс. число)									
Число случаев заболевания после укусов клещей не верифициров анными инфекциями в КО (показатель на 100 тыс. нас.)	17,0	16,9	12,8	14,87	9,11	5,45	8,25	6,69	5,56

Данная таблица показывает, что с 2023 по 2024 год заболеваемость в Кузбассе ниже в сравнение с Российской Федерацией. Однако, в 2025 году с начала сезона активности клещей в медицинские организации с жалобами на присасывание клещей обратились 26525 человек, из них детей и подростков до 17 лет – 5813 человек – 21,9 % (в 2024 г. – 21758 человек, детей – 4536). Количество обращений в медицинские организации на 21,9 % выше, чем за аналогичный период 2024 года. При исследовании клещей, снятых с лиц, пострадавших от их присасывания, в 2,6 % случаев был обнаружен вирус клещевого энцефалита, в 35,4 % случаев - возбудитель болезнь Лайма.

Наблюдается общая тенденция к снижению числа укусов клещами с 2020 по 2024 год. Однако в 2025 году произошло увеличение числа случаев по сравнению с предыдущим годом. После резкого снижения в 2021 году



количество случаев болезни Лайма колебалось, с пиком в 2022 году. В 2024 году наблюдается значительное снижение, но в 2025 году случаи немного увеличиваются. Количество случаев КВЭ также значительно снизилось в 2021 году, затем наблюдается колебание, но общий тренд показывает снижение по сравнению с 2020 годом. Число больных с подозрением на клещевые инфекции также колебалось, с пиком в 2022 году и последующим снижением в 2024 году, но в 2025 году наблюдается рост заболеваемости (Табл. 1).

Увеличение числа заболевших связано с природными закономерностями эпидемиологического процесса природно-очаговых инфекций, характеризующегося волнообразным течением; пяти - десятилетние циклы. В структуре заболеваемости сохраняется преобладание боррелиоза над клещевым энцефалитом, отмечается значительная доля не верифицированных инфекционных заболеваний, связанных с укусом клещом [8].

Поражение нервной системы - одно из наиболее тяжелых проявлений иксодового клещевого боррелиоза (болезни Лайма) и называется нейроборрелиозом.

Диагностика клещевого боррелиоза связана с значительными затруднениями, вызванными с многочисленностью геновидов возбудителя; клиническим разнообразием проявления заболевания: поражение мышечно-суставного аппарата Bor. Burgdorferi; нервной системы Bor. Garinii; Bor. Afzelii поражает кожные покровы [3, 7].

Клинические проявления у ряда больных отсутствует, протекает бессимптомно; у большинства пациентов отмечается лихорадочная форма болезни с субфебрильной температурой. При отсутствии адекватной антибактериальной терапии у пациентов в последующем развивается период дессиминации (генерализация инфекции), клиника которого зависит от геновида возбудителя [9, 10].



В 2018 г. в Кузбассе впервые зарегистрировано заболевание вызванное Bor. Miyamotoi [5].

Боррелиоз, вызванный *Borrelia Miyamotoi*, отличается острым началом заболевания, фебрильной температурой, миалгией, головная боль и озноб. Также регистрируются лейкопения [5].

Особенностями клинического течения боррелиоза с поражением нервной системы, как и при нейросифилисе, является наличие раннего и позднего периода заболевания [11, 12].

Ранний нейроборрелиоз наиболее часто встречается. Лимфоцитарный менингоградикулит, также известный как синдром Баннварта, является наиболее распространенной клинической формой нейроборрелиоза. Эта патология характеризуется триадой патогномоничных симптомов, хотя их полное сочетание наблюдается не всегда.

Первый компонент триады - менингит, представляющий собой воспалительное поражение мозговых оболочек. Клинически он проявляется интенсивной цефалгией, ригидностью шейных мышц, фотофобией, а также тошнотой и рвотой. Лабораторное исследование цереброспинальной жидкости выявляет лимфоцитарный плеоцитоз и увеличение уровня белка, что является патогномоничным для данной формы нейроборрелиоза [13, 14].

Второй компонент - радикулит, или корешковый синдром, обусловленный воспалением спинномозговых корешков. Клиническая картина включает в себя интенсивные, жгучие и стреляющие боли, которые могут усиливаться в ночное время и в состоянии покоя, а также при физической активности. Эти боли часто мигрируют, локализуясь в различных областях тела, что может имитировать радикулопатии иной этиологии. Радикулит также может сопровождаться сенсорными нарушениями, такими как гипестезия и парестезии, аллодиния.



Также проявляется двигательными дефицитами в виде мышечной слабости в миотомах [15].

Третий компонент триады - краниальные нейропатии, обусловленные поражением черепных нервов. Наиболее часто регистрируется поражение лицевого нерва (VII пара черепных нервов), который может быть как односторонним, так и двусторонним и зачастую является первым неврологическим проявлением заболевания. Реже регистрируется поражение других черепных нервов: зрительное, глазодвигательного, отводящего. Крайне редко поражаются слуховой, языкоглоточный и блуждающий, приводящие к слуховым расстройствам, дисфагии и пр.

Поздний нейроборрелиоз также известный как поздняя диссеминированная стадия заболевания, проявляются спустя месяцы или годы после укуса инфицированным клещом. Клинические проявления характеризуются многообразной симптоматикой поражения мышечной, суставной, нервной систем. Клинические формы нейроборрелиоза могут протекать с поражением центральной и периферической нервной системы.

Хронический энцефаломиелит представляет собой воспалительное поражение центральной нервной системы, включая головной и/или спинной мозг. Клиническая картина данного состояния характеризуется широким спектром симптомов, включающих когнитивные дисфункции. Психические расстройства, такие как изменения настроения, депрессия, тревожность, раздражительность и нарушения сна, также являются частыми проявлениями. Моторные нарушения, включая центральные парезы конечностей, могут существенно ухудшать качество жизни пациентов.

Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия представляет собой дегенеративное поражение периферических нервов.



Пациенты отмечают гипостезию, парестезию, аллодению дистальных отделов конечностей, распространяющихся в динамике на туловище и голову.

Цереброваскулярные нарушения, хотя и встречаются реже, представляют собой серьезную угрозу для здоровья пациента. Церебральный васкулит может привести к транзиторным ишемическим атакам [16, 17].

Этиологическая верификация проводящиеся использованием иммуноферментного анализа затруднена наличием большого количества геновидов возбудителей боррелиоза [4]. В связи с этим в Кузбассе проводятся исследования только на Bor. Burgdorferi, Bor. Azelii, Bor. Garinii; тест-системы для Bor. Miyamotoi отсутствует.

Объективные трудности лабораторной верификации этиологии большинства (56%) случаев клещевых инфекционных заболеваний делают крайне важным тщательное изучение всех клинических проявлений.

В связи с климатическими изменениями в Кузбассе целесообразно расширить спектр возможных возбудителей клещевых инфекционных заболеваний, требующих проведение диагностических, лабораторных исследований, включая распространяемых орнитодоновыми клещами.

Заключение

Боррелиозы представляют собой значительную угрозу для здоровья населения, требующую комплексного подхода к диагностике; использование для этиологической верификации видоспецифичных тест-систем для широкого спектра клещевых инфекционных заболеваний.

Для оптимизации и повышения эффективности терапии необходимо проведение раннего использования антибиотиков на основе диагностики патогенов в клещах от пострадавших лиц.



Источники и литература / Sources and references:

1. Тропические болезни/Под ред. Е. П. Шуваловой. – М.: Медицина, 1978. – 592 с.
2. Handel, A. S. Lyme Disease (*Borrelia burgdorferi*) / A. S. Handel, A. H. Totten // Introduction to Clinical Infectious Diseases / (eds) J. B. Domachowske. – Springer Cham, 2025. – P. 497-505. – ISBN 978-3-031-84089-0.
3. Д.С.Сарксян / Инфекционные болезни, 2015, т. 13, №2, с. 61–67
4. Lyme borreliosis diagnosis: state of the art of improvements and innovations / M. Guérin, M. Shawky, A. Zedan et al. // BMC Microbiol. – 2023. – Vol. 23, № 204.
5. FIRST IDENTIFIED CASES OF IXODIC TICK-BORNE BORRELIOSIS CAUSED BY BORRELIA MIYAMOTOI IN KUZBASS Bondarenko T.E., Khokhlova Z.A., Kalitskaya U.B., Kolyasnikova N.M., Shcherbinina M.S., Stukolova O.A., Semenova E.A., Semenov V.A. В сборнике: Scientific research of the SCO countries: synergy and integration. Materials of the International Conference. 2019. С. 98-103.094.
6. Диагностика смешанной инфекции клещевого энцефалита и клещевого боррелиоза на ранних этапах заболевания / О. А. Громова, Д. А. Этенко, В. А. Семенов, А. В. Субботин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, № 4. – С. 9-12. – EDN QAWYSJ.
7. Семенов, В. А. Природно-очаговые инфекции, передающиеся клещами в Западной Сибири / В. А. Семенов. Кемерово: ООО Компания ЮНИТИ, 2010.-265 с
8. Неверифицированные клещевые инфекции / В. А. Семенов, З. А. Хохлова, Д. А. Этенко [и др.] // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2020. – Т. 9, № 4(35). – С. 103-109. – DOI 10.33029/2305-3496-2020-9-4-103-109. – EDN NEMIDW.



9. Жулин, Н. В. Боррелиоз как причина острого симптоматического эпилептического приступа у стационарного пациента: клинический случай / Н. В. Жулин, М. В. Куандыкова, О. И. Астахова // Человек и его здоровье. – 2023. – № 3. – С. 13-18.
10. Арустамян, А. А. Клинические и лабораторные особенности течения Лайм-боррелиоза в Воронежской области / А. А. Арустамян, С. А. Ариничева, П. А. Шукелайть // Молодежный инновационный вестник. – 2023. – № S2. – С. 176-177.
11. Клинический случай раннего нейроборрелиоза у пациентки с генерализованной дистонией на фоне глубокой стимуляции мозга / Т. Н. Чернуха, С. А. Лихачев, В. В. Ващилин, С. О. Вельгин // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2023. – № 1. – С. 133-143.
12. Козлов, С. С. К вопросу диагностики нейроборрелиоза / С. С. Козлов, А. Н. Усков, В. Ф. Крумгольд // Военно-медицинский журнал. – 2025. – № 10. – С. 56-58.
13. Кучеренко, Н. П. Нейроборрелиоз / Н. П. Кучеренко, Т. И. Коваленко, Л. П. Лепихова // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2023. – № 4. – С. 281-282.
14. Лайм-боррелиоз у коморбидного пациента: клиническая мозаика, вопросы диагностики и терапии / А. И. Толмачева, А. В. Новикова, Д. Ю. Андрияшкина и др. // Вестник современной клинической медицины. – 2025. – № 1. – С. 142-152.
15. Богданова, Т. В. Диагностика хронического Лайм-боррелиоза, протекающего с поражением нервной системы / Т. В. Богданова, А. М. Рюмин, О. Л. Соболевская // Журнал инфектологии. – 2024. – № 3. – С. 17-23.
16. Миневич, А. И. Клинический случай хронического течения болезни Лайма / А. И. Миневич, Е. А. Мараховская, Л. В. Мачехина //



Moderna et Futura medicina : Материалы IV Всероссийского конгресса по перспективным направлениям развития медицины с международным участием, посвященный 105-летию со дня рождения член-корр АМН СССР Рашида Пашаевича Аскерханова и 80-летию Победы в ВОВ, Махачкала, 10–11 октября 2025 года. – Махачкала: Издательство АЛЕФ, 2025. – С. 78-80.

17. Хронический нейроборрелиоз и постковидный синдром: клинический случай / Н. С. Баранова, Я. С. Остапенко, Ю. А. Малышева и др. // Пациентоориентированная медицина и фармация. – 2024. – № 3. – С. 37-49.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДИСФУНКЦИИ МОЗЖЕЧКА

Серегина А. С., Осинная Е. Е., Гур Е. С.

*Кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики
и медицинской реабилитации*

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

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор Т.В. Попонникова

Аннотация. Данная работа представляет собой обзор актуальных данных о когнитивных нарушениях, связанных с дисфункцией мозжечка различной этиологии, и механизмах их развития. Рассматривается роль мозжечка в регуляции не только моторных функций, но и когнитивно-эмоциональной сферы, что имеет важное значение с точки зрения междисциплинарной преемственности в лечении и реабилитации пациентов с данной патологией.

Ключевые слова: мозжечок, когнитивные функции, мозжечковый когнитивно-аффективный синдром



COGNITIVE DISORDERS IN CEREBELLAR DYSFUNCTION

Seregina A.S., Osinnaya E.E., Gur E.S.

*Department of Neurology, Neurosurgery, Medical Genetics
and Medical Rehabilitation*

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – MD, Prof. T.V. Poponnikova

Abstract. This work presents a review of current data on cognitive impairments associated with cerebellar dysfunction of various etiologies and the mechanisms of their development. The role of the cerebellum in the regulation of not only motor functions, but also the cognitive-emotional sphere is considered, which is important from the point of view of interdisciplinary continuity in the treatment and rehabilitation of patients with this pathology.

Keywords: cerebellum, cognitive functions, cerebellar cognitive-affective syndrome

Введение

Интерпретация клинических симптомов поражений мозжечка различной этиологии традиционно ограничивалась представлениями о его преимущественно моторных функциях, связанных с поддержанием равновесия и координации движений [5]. По мере накопления клинического опыта и результатов нейровизуализационных исследований появились сведения, подтверждающие участие мозжечка в регуляции глазодвигательных, речевых, когнитивных функций и аффективных реакциях [1, 2, 3]. Нарушения этих функций наблюдались при изолированных инфарктах мозжечка, синдроме опсоклонуса-миоклонуса, наследственных дегенеративных заболеваниях, оказывая негативное влияние на социальную адаптацию пациентов и их качество жизни [10, 11, 12, 16]. В 1998 году был впервые описан мозжечковый



когнитивно-аффективный синдром (синдром Шмахмана), что позволило пересмотреть происхождение когнитивных расстройств при патологии мозжечка и послужило началом комплексных исследований нейropsychологических аспектов данной патологии [13, 14, 15, 19].

Объекты и методы исследования

С целью изучения современных представлений о роли патологии мозжечка в развитии когнитивных нарушений и их клинических особенностей проведен анализ современной научной литературы с использованием библиографических баз данных РИНЦ, PubMed, eLibrary, Cyberleninka, Google Scholar, касающейся патогенетических и клинических аспектов рассматриваемой патологии.

Результаты и обсуждение

Результаты исследований последних лет свидетельствуют о том, что ослабление связей мозжечка с лобными и префронтальными зонами мозга вызывает нарушения внимания, памяти, речи, исполнительных функций и другие расстройства высших корковых функций, требующие специализированной медицинской помощи [1, 15, 18]. Патогенетические механизмы развития когнитивных нарушений при поражении мозжечка изучены недостаточно. В настоящее время рассматриваются три основные гипотезы: дефицит предиктивного кодирования, десинхронизация нейронной активности, дисфункция таламокортикальных связей [17, 20].

Анатомо-функциональной основой участия мозжечка в когнитивных процессах является его сложная нейронная организация и многочисленные двусторонние связи с корой больших полушарий, таламусом и структурами ствола мозга, при этом различные отделы мозжечка играют определенную роль в этом взаимодействии [1, 5]. Так, полушария мозжечка связаны с исполнительными функциями, планированием, пространственной обработкой информации [20]. Червь мозжечка вовлечен в процессы аффективной регуляции,



контроля внимания и эмоциональной экспрессивности [9, 20]. Передние доли могут участвовать в поддержании рабочей памяти и когнитивного контроля [1]. Участие мозжечка в регуляции психических процессов связано с работой префронтальных и теменно-височно-затылочных ассоциативных зон головного мозга [5]. Нарушение связей, особенно таламо-кортикальных путей, ведущих к префронтальной коре, является одним из ключевых факторов, лежащих в основе когнитивных нарушений при поражении мозжечка [1, 5]. При этом развивается клиническая картина, характеризующаяся комплексом нарушений, которые могут варьировать в зависимости от локализации и этиологии поражения [15].

Анализ современных данных показал, что наиболее типичными являются следующие группы симптомов: речевые - в виде нарушения интонации, темпа и ритма речи, снижения вербальной беглости и трудностей подбора слов, персевераций (повторения отдельных слогов, слов, словосочетаний); аффективные и эмоционально-волевые нарушения - в виде эмоциональной лабильности, притупления эмоций, апатии, в некоторых случаях - компульсивного поведения; нарушения исполнительных функций, проявляющиеся трудностями в организации, планировании действий, их адаптации к меняющимся условиям, переключении между задачами, снижением гибкости мышления, проблемами с эпизодической рабочей памятью и абстрактным мышлением; нарушения внимания, проявляющиеся в снижении концентрации и трудностях с его распределением [1, 5, 7, 15].

Нарушено зрительное восприятие пространства и глазодвигательные функции, из-за чего возникает неточность движений, трудности при письме, чтении. При этом общая способность к обучению может быть частично сохранена [5, 9, 20]. Однако, затруднения при формулировании и озвучивании мыслей, ответах на вопросы, запоминании нового могут быть причиной снижения эффективности процессов обучения [9, 15].



В связи с нарушением планирования, программирования и контроля возможны расстройства поведения, которые характеризуются расторможенностью, стереотипностью, раздражительностью, импульсивностью, ритуальностью на фоне сохранности критического отношения к заболеванию. Нередко наблюдаются изменения настроения (депрессивное, дисфоричное), трудности с пониманием социальных границ [5, 9, 20].

Когнитивная дисфункция и механизмы ее формирования представляют большой исследовательский интерес и стали новым направлением в изучении симптомокомплекса мальформаций Арнольда-Киари у пациентов с эктопией миндалин мозжечка. Результаты оценки когнитивного статуса выявили снижение когнитивных показателей у всех пациентов с данной патологией, отмечена тенденция к зависимости когнитивного дефицита от степени эктопии миндалин мозжечка [6].

На основе результатов клинических и экспериментальных исследований А.И.Литовченко, посвященных роли мозжечка в реализации психоэмоциональной деятельности и биоэлектрической активности мозга, доказана роль различных структур мозжечка в организации антиэпилептической и эмоциогенной/антиэмоциогенной систем головного мозга [8].

Комплексное нейропсихологическое исследование больных с изолированными инфарктами мозжечка расширило представления о роли, которую мозжечок играет в реализации когнитивных процессов [4]. Как показали результаты исследований, данная патология приводит к нарушению нейропсихологических факторов, что проявляется в виде трех основных симптомокомплексов: нарушения интегративной динамической организации психической деятельности; нарушения пространственных функций и нарушения контроля и программирования психических процессов [15]. Относительно



быстрый регресс нарушений пространственных функций, наблюдавшийся в восстановительном периоде инфарктов мозжечка, по мнению исследователей, обусловлен его вторичной ролью в реализации этих психических процессов [4, 15].

На основе результатов исследований Ю.В. Зуевой высказано предположение о том, что механизмы модулирующего влияния мозжечка на когнитивные процессы и двигательные функции аналогичны [4]. Мозжечок контролирует последовательное взаимодействие когнитивных операций, обеспечивая скорость, плавность и синхронизацию психических процессов, инициация которых зависит от префронтальных отделов коры больших полушарий головного мозга [4, 9, 15].

Роль мозжечка в осуществлении сложной, интегративной деятельности мозга подтверждается относительной сохранностью всех видов гнозиса и процессов, рано формирующихся в онтогенезе и менее социально опосредованных, например, тактильная память [4]. Особенности когнитивного дефицита при поражении мозжечка, в отличие от корковых и подкорковых нейропсихологических синдромов, заключаются в отсутствии апраксии, афазии, агнозии [15].

В некоторых исследованиях подчеркивается значимость латеральной специфичности, топической организации мозжечка, а также функциональных зон в развитии нарушений психических функций и возможная роль индивидуальных особенностей формирования связей между мозжечком и полушариями головного мозга в процессе онтогенеза [4, 5]. Более выраженные когнитивные расстройства характерны для правосторонней и двусторонней локализации очага поражения из-за нарушения модулирующего влияние мозжечка на доминантное полушарие головного мозга [4].



Заключение

Проведенный анализ современной литературы подтверждает патогенетическую роль поражений мозжечка в развитии нарушений когнитивных функций. Партнерство и междисциплинарная преемственность между психиатрами, нейропсихологами, неврологами и реабилитологами является основной стратегией повышения эффективности терапии. Использование специальных психотерапевтических методов в коррекции когнитивных и аффективных нарушений патогенетически обосновано и особенно значимо у пациентов с хроническими поражениями или дегенеративными процессами в мозжечке.

Источники и литература / Sources and references:

1. Ахмадеева Л.Р., Харисова Э.М., Дервянко Х.П. Роль мозжечка в формировании постуральной и когнитивной функций: клинический пример с синдромом Шмахманна // Пермский медицинский журнал. - 2017. - Т. 34. - №6. - С. 87-91.
2. Визило Т.Л., Гончаренко В.А., Гончаренко А.В. Механизмы мозжечковой регуляции глазодвигательных функций // Современный мир, природа и человек. Технологии стран БРИКС для развития медицины. сборник материалов XXIV Международной науч.-практ. конференции. Кемерово, 2025. С. 257-265.
3. Гончаренко А.В., Гончаренко В.А., Визило Т.Л. Клиническая интерпретация редких окуломоторных дискинезий. В сб.: Современный мир, природа и человек. Технологии стран БРИКС для развития медицины. сборник материалов XXIV Международной науч.-практ. конференции. Кемерово, 2025. С. 358-367.
4. Зуева Ю. В. Нарушение когнитивных процессов при изолированных инфарктах мозжечка. Автореф. дис. на соиск. учен. степ. к.психол.н.,



Спец.19.00.04 / Зуева Юлия Валерьевна; [МГУ им. М. В. Ломоносова]. - М. 2003.
- 20 с.

5. Карнюшко О.А., Зиматкин С.М. Современные представления о функциях мозжечка (обзор литературы). Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2018. Т. 16. № 3. С. 257-262.

6. Кокуркина Р.Г., Менделевич Е.Г. Когнитивная дисфункция у пациентов с мальформацией Киари 1-го типа и ее взаимосвязь со степенью эктопии миндалин мозжечка. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022;14(4):20-24.

7. Литовченко А.И. Нарушения речи при опухолях мозжечка // УНЖ. 2012. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/narusheniya-rechi-pri-opuholyah-mozzhechka> (дата обращения: 22.04.2026).

8. Литовченко А.И. Роль мозжечка в антагонистической регуляции эпилептической активности и психоэмоционального состояния. Ukrainian Neurosurgical Journal. 2012; 1:12-17.

9. Пальчик А.Б., Пашков А.Ю., Петрова Н.А., Савельева Н.А. Роль мозжечка в развитии и расстройствах когнитивных функций и поведения у детей. Специальное образование. 2021;4(64):134-152.

10. Федосеева И.Ф., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В. Особенности нервно-психического развития при энцефалопатии Кинсбурна. В сб.: Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии. Сборник материалов V Международной междисциплинарной науч.-практ. конференции, к 160-летию со дня рождения А.Альцгеймера. Кемерово, 2024. С. 397-405.

11. Федосеева И.Ф., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В., Гончаренко В.А. Междисциплинарные аспекты диагностики наследственных



нейродегенеративных болезней. РМЖ. Медицинское обозрение. 2025. Т. 9. № 11. С. 782-787.

12. Федосеева И.Ф., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В., Глебова И.В., Пиневиц О.С., Гончаренко В.А. Паранеопластический опсоклонус-миоклонус-синдром. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2024. Т. 124. № 12. С. 165-170.

13. Федосеева И.Ф., Попонникова Т.В., Урбан Е.Н., Гончаренко А.В. Параинфекционный синдром опсоклонуса-миоклонуса у ребенка на примере клинического случая. Результаты наблюдения в течение 5 лет. Сибирский научный медицинский журнал. 2025. Т. 45. № 3. С. 183-189.

14. Хафизова А.М., Давыдова Т.К., Варламова М.А. Когнитивные нарушения при наследственных атаксиях (обзор литературы). Вестн. Северо-Восточного федерального университета им.М.К.Аммосова. Медицинские науки. 2024;1(34):49-55.

15. Ahmadian N., van Baarsen K., van Zandvoort M., Robe P.A. The Cerebellar Cognitive Affective Syndrome. Meta-analysis. Cerebellum. 2019;18(5):941-950.

16. Lewis C.J., Shirvan L., Johnston J.M., et al. Similarities and Differences in the Late-Onset GM2 Gangliosidosis: Tay-Sachs and Sandhoff Diseases. Preprint. medRxiv. 2025;2025.08.05.25333048.

17. Oldrati V., Butti N., Ferrari E. et al. Neurorestorative effects of cerebellar transcranial direct current stimulation on social prediction of adolescents and young adults with congenital cerebellar malformations // Cerebellum. 2024; 23:1651-1677.

18. Reumers S. F. I., et al. Cerebellar Transcranial Direct Current Stimulation in the Cerebellar Cognitive Affective Syndrome: A Randomized, Double-Blind, Sham-Controlled Trial // Movement Disorders. 2025;40(1):121-131.



19. Schmahmann J.D., Sherman J.C. The cerebellar cognitive affective syndrome // Brain. 1998; 121:561–579.
20. Van Overwalle F., Manto M., Cattaneo Z. et al. Consensus Paper: Cerebellum and Social Cognition. Cerebellum. 2020;19(6):833-868.

КОД ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ

Сосновская Л. А.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель: канд. ист. наук, доцент Г.В. Акименко

Аннотация. Улыбка представляет собой один из наиболее универсальных, но в то же время многозначных невербальных сигналов в человеческой коммуникации. В данной статье на основе современных нейробиологических, психофизиологических и социально-психологических исследований рассматривается улыбка как многофункциональный психологический код, выходящий за рамки простого выражения положительных эмоций. Анализируются эволюционные предпосылки возникновения улыбки, её морфологическая и функциональная дифференциация (награждающие, аффилиативные и доминантные улыбки), а также физиологические и нейрокогнитивные механизмы восприятия улыбки в процессе социального взаимодействия. Особое внимание уделяется контекстуальной обусловленности интерпретации улыбки и её роли в регуляции межличностных отношений.

Ключевые слова: улыбка, невербальная коммуникация, психологический код, социальные сигналы, мимика, функциональная типология улыбок.



A SMILE AS A PSYCHOLOGICAL CODE OF HUMAN COMMUNICATION

Sosnovskaya L. A.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific adviser: G.V. Akimenko

Abstract. A smile is one of the most universal, but at the same time ambiguous, non-verbal signals in human communication. This article, based on modern neurobiological, psychophysiological, and socio-psychological research, examines the smile as a multifunctional psychological code that goes beyond the simple expression of positive emotions. It analyzes the evolutionary background of the smile, its morphological and functional differentiation (rewarding, affiliative, and dominant smiles), as well as the physiological and neurocognitive mechanisms of smiling perception in social interaction. Special attention is paid to the contextual conditioning of the interpretation of a smile and its role in regulating interpersonal relations.

Keywords: smile, non-verbal communication, psychological code, social signals, facial expressions, functional typology of smiles.

Введение

В структуре человеческого общения невербальные сигналы играют не менее важную роль, чем вербальные сообщения. Среди всего многообразия невербальных средств улыбка занимает особое положение: она является одной из самых ранних мимических реакций в онтогенезе, широко распространена во всех культурах и при этом способна передавать широкий спектр значений - от искренней радости до социального дискомфорта и доминирования.

Традиционно в обыденном сознании улыбка воспринимается как универсальный знак дружелюбия и положительного эмоционального состояния.



Однако данные современных психологических и нейробиологических исследований свидетельствуют о значительно более сложной природе этого феномена. Улыбка выступает не столько как прямое отражение внутреннего эмоционального состояния, сколько как *психологический код* - система знаков, значение которой опосредовано контекстом, социальными нормами и функциональной задачей коммуникативной ситуации.

Цель настоящей статьи - систематизировать современные представления о психологических механизмах улыбки как средства коммуникации, рассмотреть её функциональные типы и проанализировать факторы, определяющие успешность декодирования этого невербального сигнала.

Методы исследования

Изучение феномена улыбки проводилось на материале научных публикаций в отечественной и зарубежной литературе.

Результаты и обсуждение

С исторической точки зрения улыбка – это неотъемлемый признак, потому что человек со всего мира проявляет такое чувство. Существует также различие между рефлекторной улыбкой и улыбкой, которая является имитацией способа выражения определенных эмоций.

В середине XIX века Чарльз Дарвин, чья книга 1872 года «Выражение эмоций у человека и животных» считается основополагающим текстом исследований улыбки, предположил, что выражения лица являются универсальными продуктами эволюции человека, а не уникальными уроками чьей-либо культуры, первым выявил, что мимика человека является продолжением мимических выражений, свойственных человекообразным обезьянам: с помощью выражения лица приматы передавали угрозу, беспокойство, испуг, демонстрировали миролюбие. По Дарвину, у человека мимика выражала сначала готовность к нападению, передвижению, защите, и



лишь в ходе развития человека выражение лица стало передавать информацию о внутреннем состоянии человека, о его стремлении к установлению общения с другими людьми [1].

Улыбка в своем развитии проходит несколько этапов: от рефлекторной улыбки до улыбки, выражающей с помощью мимики лица удовольствие, радость, хорошее самочувствие, приветствие, доброе расположение к другим людям.

Исследователи связывают происхождение человеческой улыбки с двумя эволюционными линиями. Согласно одной из гипотез, улыбка ведёт происхождение от демонстрации зубов у приматов — сигнала подчинения и отсутствия угрозы («я не представляю опасности, не причиняйте мне вреда»). Другая гипотеза связывает улыбку с «игровым лицом», возникающим у приматов в ходе дружеской возни [2].

Важно подчеркнуть, что независимо от конкретного эволюционного сценария, исходная функция улыбки была не столько выражением внутреннего состояния, сколько *социальным сигналом*, регулирующим межличностную дистанцию и снижающим напряжённость. Человеческая улыбка сохранила эту регулятивную функцию, дополнившись способностью выражать радость, иронию, игривость и флирт.

Нейробиология восприятия улыбки

Современные исследования показывают, что улыбка активирует у воспринимающего человека не только зрительные зоны коры, но и области, связанные с эмпатией и моторной имитацией. Особый интерес представляют данные о синхронизации поведения собеседников в процессе разговора.

В эксперименте с участием 40 человек (20 мужчин и 20 женщин) было установлено, что улыбка говорящего провоцирует ответную улыбку слушающего, причём эта взаимность наиболее выражена в однополых парах [3].



Исследователи зафиксировали, что участники получали больше удовольствия от разговора, если их собеседник улыбался часто, а также обнаружили тенденцию к одновременным улыбкам у взаимодействующих людей. Это позволило авторам характеризовать улыбку как *взаимное поведение*.

Традиционное противопоставление «искренних» и «наигранных» улыбок, хотя и имеет под собой эмпирические основания, оказывается недостаточным для объяснения всего разнообразия коммуникативных ситуаций. Современные исследователи предлагают более дифференцированную классификацию, основанную на *социальных функциях* улыбки.

В рамках функционального подхода выделяют три основных типа улыбок:

1. Награждающие улыбки выражают положительные эмоции и одобрение. Они подкрепляют поведение собеседника и служат «социальной наградой». Морфологически такие улыбки обычно асимметричны, включают поднятие щёк (AU6 по системе FACS) и часто сопровождаются открыванием рта.

2. Аффилиативные улыбки сигнализируют об отсутствии угрозы, способствуют установлению и поддержанию социальных связей. Эти улыбки симметричны, но менее интенсивны; их функция – «сглаживание» социального взаимодействия, подтверждение принадлежности к группе.

3. Доминантные улыбки используются для утверждения социального статуса и могут выражать снисхождение, презрение или вызов. Такие улыбки асимметричны, часто сочетаются с опусканием бровей или поджатием губ и воспринимаются как наименее искренние [4].

Эмпирическое подтверждение различий

В исследовании, проведённом на выборке из 188 участников, проверялась способность наивных наблюдателей дифференцировать три типа улыбок. Результаты показали, что участники успешно распознавали награждающие и доминантные улыбки, тогда как аффилиативные улыбки оказывались наиболее



трудными для идентификации. При этом динамическая презентация стимулов (видео) повышала точность распознавания аффилиативных улыбок по сравнению со статическими изображениями, что подчёркивает важность временных характеристик мимического выражения [1].

Особый интерес представляет матрица ошибок: аффилиативные улыбки чаще всего путали с доминантными (27–37% в зависимости от условия), что указывает на существование континуума между этими двумя типами сигналов.

Одним из наиболее впечатляющих открытий последних лет является демонстрация того, что восприятие улыбки не ограничивается когнитивной оценкой — оно оказывает прямое влияние на физиологическое состояние получателя сигнала.

В эксперименте, где 90 участников-мужчин выступали с речью перед «оценщиком», чьи улыбки были экспериментально контролируемы, измерялся уровень кортизола в слюне - показатель активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси, центральной системы стресс-ответа организма [5].

Результаты исследования:

- Доминантные улыбки вызывали значительное повышение уровня кортизола (общая площадь под кривой: $M = 19.4$ нмоль/л), и этот уровень оставался повышенным даже через 30 минут после завершения стрессового события.

- Награждающие и аффилиативные улыбки сопровождалась значительно более низкими показателями кортизола (1.21 и 2.43 нмоль/л соответственно), причём к 30-й минуте показатели возвращались к индивидуальному базовому уровню.

Таким образом, доминантная улыбка воздействовала на организм воспринимающего как *стрессогенный стимул*, сопоставимый по своему физиологическому эффекту с негативной вербальной обратной связью.



Индивидуальные различия в чувствительности к социальным сигналам оказались связаны с показателем вариабельности сердечного ритма (BCR), отражающим активность парасимпатической нервной системы. Участники с более высокой исходной BCR демонстрировали более дифференцированные физиологические реакции на разные типы улыбок, особенно на аффилиативные и доминантные (наиболее «неоднозначные» в социально-оценочном контексте).

Этот результат подтверждает представление о том, что способность к тонкому различению социальных сигналов имеет не только поведенческие, но и физиологические корреляты.

Смысл улыбки никогда не является имманентно присущим её морфологии - он всегда конструируется с учётом контекста и социальных норм.

В исследовании с участием 95 детей, которые вдыхали приятные и неприятные запахи в присутствии незнакомого человека, было обнаружено, что при неприятных стимулах участники чаще демонстрировали «неполные» улыбки с закрытым ртом, а также сочетали улыбку с опусканием бровей или поджатием губ. Временные характеристики улыбок также различались: при неприятных запахах улыбки возникали быстрее, гасли не плавно, а ступенчато, и сопровождались более короткими взглядами в сторону экспериментатора.

Исследователи интерпретировали эти паттерны как свидетельство контроля над мимическим выражением в ситуации социального давления: дети пытались маскировать свои истинные реакции на неприятные запахи, но «следы» этой маскировки проявлялись в микроструктуре улыбки.

Мета-анализы показывают, что женщины улыбаются чаще мужчин, особенно в напряжённых или неопределённых ситуациях. Это связывают не с большим счастьем женщин, а с социальным ожиданием: улыбка делает женщину более «симпатичной» и «доступной», выполняя функцию эмоционального труда [2].



Это порождает феномен сексуальной гиперперцепции: мужчины склонны интерпретировать вежливую или социально-регулятивную улыбку женщины как сигнал сексуального интереса. Эволюционно эта когнитивная ошибка была адаптивна (пропустить возможность спаривания было «дороже», чем столкнуться с ложной тревогой), но в современных условиях она создаёт систематическое искажение межполовой коммуникации.

Улыбка в цифровой коммуникации

Важным подтверждением тезиса об улыбке как социальном сигнале, а не только выражении эмоции, служит существование и широкое использование смайликов в интернет-коммуникации.

Смайлик, появившийся в 1982 году, выполняет в письменной речи функцию, аналогичную улыбке в устной коммуникации: он сигнализирует о доброжелательности, снимает напряжённость, указывает на игровой модус высказывания. Согласно теории обработки социальной информации Дж. Уолтера, смайлики компенсируют дефицит невербальных сигналов в компьютерно-опосредованной коммуникации, выполняя роль «контекстуализационных ключей».

Показательно, что, несмотря на схожесть функций, смайлики утрачивают некоторые важные характеристики реальной улыбки - прежде всего, спонтанность и аутентичность. Кроме того, в цифровой среде отсутствует возможность различения функциональных типов улыбки (награждающей, аффилиативной, доминантной), что потенциально делает компьютерную коммуникацию менее нюансированной.

Заключение

Проведённый анализ позволяет утверждать, что улыбка представляет собой сложный многоуровневый психологический код, не сводимый к простому



выражению положительной эмоции. Её коммуникативная значимость определяется взаимодействием нескольких факторов:

1. Морфологической конфигурацией - набором активированных лицевых мышц (AU6, AU12, AU15, AU17 и др.), их интенсивностью и временной динамикой.
2. Социально-функциональным контекстом - тем, служит ли улыбка награждению, аффилиации или утверждению статуса.
3. Отношениями между коммуникантами - их полом, знакомством, относительным статусом.
4. Культурными нормами - правилами демонстрации эмоций предписывающими, кому, когда и как уместно улыбаться.

Особого внимания заслуживает то обстоятельство, что улыбка воздействует не только на когнитивные оценки собеседника, но и на его физиологическое состояние, модулируя активность оси стресса. Это открытие имеет практические импликации для широкого круга областей — от клинической психологии (например, оценка социального функционирования при деменции) до организационной психологии и психологии переговоров.

Перспективы дальнейших исследований связаны с уточнением нейронных механизмов распознавания разных типов улыбок, изучением онтогенеза этой способности, а также разработкой методов автоматического распознавания мимических паттернов с помощью компьютерного зрения.

Источники и литература / Sources and references:

1. Психологическое исследование улыбки – Ассоциация психологических наук – APS. URL.: <https://www.psychologicalscience.org/observer/the-psychological-study-of-smiling>. Ссылка актуальна на 28.03.2026.
2. Культурно-образовательное пространство вуза как перспективная модель воспитания // Акименко Г.В., Асанов С.А., Ведерникова А.В., Головки



О.В., Гукина Л.В., Игишева Л.Н., Ким А.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Марьина М.Г., Мехова Г.А., Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Степанова М.Г., Сумбаев Е.А., Тарасова О.Л., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В. и др. Москва, 2024. – 269 с.

3. Soussignan, R., & Schaal, B. (1996). Forms and Social Signal Value of Smiles Associated with Pleasant and Unpleasant Sensory Experience. *Ethology*, 102(8), 1020–1041.

4. Martin, J. D., Abercrombie, H., Gilboa-Schechtman, E., & Niedenthal, P. M. (2018). Functionally distinct smiles elicit different physiological responses in an evaluative context. *Scientific Reports*, 8, 3558.

5. Otsubo, A., Korb, S., & Grandjean, D. (2018). Why and How the Functional Smiles Are Recognized. *Frontiers in Psychology*, 9, 938.

ПУТИ ИНТЕГРАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ

Сумбаев Е. А.

Кафедра гигиены

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье рассматривается актуальная проблема интеграции социально-гуманитарных и профессиональных дисциплин в системе высшего медицинского образования. На основе анализа отечественного и зарубежного опыта выделены три основных пути интеграции: гуманизация традиционных образовательных программ, междисциплинарные модули и специализированные траектории, а также интеграция на институциональном уровне. Обосновывается положение о том, что эффективная интеграция возможна при преодолении



разрыва между «техническими» и «человеческими» аспектами медицинской подготовки и требует системных изменений в организации учебного процесса.

Ключевые слова: медицинское образование, социально-гуманитарные дисциплины, интеграция, междисциплинарность, гуманизация, трансдисциплинарность, профессиональные компетенции.

WAYS OF INTEGRATION OF SOCIAL AND HUMANITARIAN AND PROFESSIONAL DISCIPLINES IN THE TRAINING OF DOCTORS

Sumbayev E. A.

Department of Hygiene

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Abstract. The article discusses the current problem of integrating social and humanitarian and professional disciplines in the system of higher medical education. Based on the analysis of domestic and foreign experience, three main ways of integration are identified: humanization of traditional educational programs, interdisciplinary modules and specialized trajectories, as well as integration at the institutional level. The article substantiates the idea that effective integration is possible by overcoming the gap between the «technical» and «human» aspects of medical training and requires systemic changes in the organization of the educational process.

Keywords: medical education, social and humanitarian disciplines, integration, interdisciplinarity, humanization, transdisciplinarity, and professional competencies.

Введение

Традиционно подготовка врача в российской и зарубежной высшей школе строится на сочетании фундаментальных естественнонаучных, клинических и социально-гуманитарных дисциплин. Однако на практике



социально-гуманитарный блок (философия, биоэтика, история медицины, психология, медицинское право, социология) часто воспринимается как второстепенный или декоративный, существующий изолированно от клинических кафедр. Между тем, согласно ФГОС ВО 3++, выпускник медицинского вуза должен обладать универсальными и общепрофессиональными компетенциями, включающими способность к этическому анализу, эффективной коммуникации и учету социальных факторов болезни [1].

Гуманитаризация профессионального медицинского образования - рефлексия «образа Я» будущего врача, осознание норм и правил здорового образа жизни, соблюдение оптимальных взаимоотношений в системе «природа-человек», ориентация на целостное восприятие пациента как личности, осуществление гуманитарной экспертизы собственных действий и принимаемых решений.

Цель статьи – выявить основные проблемы взаимодействия социально-гуманитарных и профессиональных дисциплин в медицинском вузе и предложить направления их преодоления.

Гипотеза - процесс интеграции будет эффективным, если:

1. Выявлены «точки пересечения» содержания гуманитарных и клинических дисциплин (биоэтические дилеммы, коммуникативные ситуации, социальные детерминанты заболеваний).
2. Реализована модульно-интегративная структура учебного плана с междисциплинарными кластерами.
3. Применяются активные и интерактивные методы обучения (кейс-метод, ролевые игры, метод клинического дебата, анализ нарративов пациентов).



4. Разработана система оценки сформированности интегрированных компетенций (включая гуманитарную составляющую клинического мышления).

Основная часть

Анализ отечественного и зарубежного опыта позволяет выделить три основных пути интеграции социально-гуманитарных и профессиональных дисциплин, различающихся по глубине интеграции, организационным формам и ресурсным затратам.

Первый путь предполагает усиление гуманитарной составляющей в рамках стандартных образовательных программ без изменения их базовой структуры. Этот подход наиболее распространен и наименее ресурсоемок, однако его эффективность часто ограничена.

Основные формы реализации:

- введение в профессиональные дисциплины этических и историко-медицинских модулей;
- использование активных методов обучения (кейсы с этическими дилеммами, ролевые игры) в рамках существующих курсов;
- организация межкафедральных проектов, объединяющих преподавателей гуманитарных и клинических дисциплин.

Примером может служить опыт Красноярского государственного медицинского университета, где кафедры латинского и иностранных языков и философии совместно готовили студентов к научно-практическим конференциям, что позволило развивать одновременно коммуникативные и общекультурные компетенции.

Однако исследования показывают, что студенты младших курсов часто воспринимают гуманитарные дисциплины как отвлекающие от «настоящей» медицины, и лишь старшекурсники, столкнувшиеся с реальными клиническими



ситуациями, начинают осознавать их ценность [2]. Это свидетельствует о необходимости более системной интеграции, а не простого добавления гуманитарных курсов в расписание.

Второй путь предполагает создание в рамках медицинского образования специализированных междисциплинарных модулей или треков, где гуманитарные и профессиональные дисциплины изучаются в тесной связи.

Например, программа «Этика, гуманитарные науки и право в медицине». Студенты, выбравшие этот трек, на протяжении всего обучения участвуют в интегрированных занятиях, где философия, литература, история и искусство служат инструментами для анализа клинических ситуаций и формирования профессиональной идентичности [3].

Третий, наиболее радикальный путь - создание интеграционных образовательных структур на стыке медицинских и немедицинских университетов. Речь идет о формировании новых типов образовательных программ и даже новых профессиональных идентичностей.

Международный опыт демонстрирует несколько моделей такой интеграции:

- Сетевое взаимодействие медицинских и классических университетов для реализации совместных образовательных программ.
- Создание межвузовских исследовательских лабораторий, где студенты и преподаватели разных профилей работают над общими проектами.

Анализ мировых тенденций позволяет выделить несколько направлений, которые будут определять развитие интеграционных процессов в ближайшие годы.

В их числе:

1. Преодоление методологического разрыва. Естественнаучный и клинический подходы опираются на позитивистскую логику (факты,



доказательства, алгоритмы), тогда как гуманитарное знание предполагает диалог, понимание смыслов, ценностные суждения. Отсутствие на междисциплинарном уровне «переводчика» понятий приводит к тому, что студенты не видят связи между, например, философской антропологией и принципами паллиативной помощи.

2. Устранение проблемы разобщенности учебных планов. Гуманитарные дисциплины часто концентрируются на 1–2 курсах, а клинические – на старших. Это создает временной зазор: к моменту изучения пропедевтики внутренних болезней или хирургии студенты уже забывают содержание курсов психологии или биоэтики. Кроме того, отсутствуют сквозные интегрированные модули.

3. Повышение квалификации преподавателей. Организация стажировок гуманитариев в клиниках, а клиницистов – на кафедрах психологии и биоэтики. Разработка общих методических семинаров по междисциплинарному проектированию. Преподаватели социально-гуманитарных дисциплин, как правило, не имеют клинического опыта, поэтому их примеры (ситуации врачевания) часто выглядят надуманными. В то же время клиницисты, не владея педагогическим инструментарием гуманитарных наук, избегают обсуждения этических или социокультурных аспектов болезни.

4. Создание интегрированных междисциплинарных модулей. Пример: модуль «Коммуникация в медицине» (психология + профессиональные навыки) или «Этика клинических исследований» (биоэтика + фармакология + терапия). Такие модули должны вестись совместно преподавателями гуманитарных и клинических кафедр.

5. Переход от информативных методов к интерактивным. – Кейс-метод: разбор реальных клинических ситуаций с фокусом на этическую дилемму, социальный контекст, межличностные конфликты.



- Ролевые и деловые игры («прием пациента с инсультом», «объявление диагноза»).
- Проектная деятельность: студенческие исследования по медицинской антропологии, истории конкретной болезни в социальном контексте.

6. Изменение системы оценивания. Введение портфолио, в том числе эссе-рефлексии на основе клинических наблюдений, стандартизированных пациентов для проверки коммуникативных навыков, чек-листов для оценки этической компетенции.

7. Введение новых дисциплин на стыке областей. Например: «Социология здоровья и болезни», «Медицинская антропология», «Правовые основы врачебной деятельности». За рубежом такие курсы давно стали обязательными (например, в системе медицинского образования США, Канады, Великобритании).

Заключение

Гуманизация высшего образования - это установление гуманных взаимоотношений между участниками педагогического процесса, уважительное отношение к личности студента. Гуманитаризация образования - система мер, направленных на приоритетное развитие общекультурных компонентов в содержании образования и, таким образом, на формирование личностной зрелости обучающихся.

Проблема интеграции социально-гуманитарных и профессиональных дисциплин в подготовке врачей не имеет простого решения [4, 5]. Традиционная модель «добавления» гуманитарных курсов к профессиональному ядру оказывается недостаточной - гуманитарные знания остаются внешними по отношению к формирующейся профессиональной идентичности.

Более продуктивными представляются модели глубокой междисциплинарности и трансдисциплинарности, где гуманитарные



дисциплины перестают быть «общекультурным контекстом» и становятся инструментом решения реальных клинических и этических проблем. Однако такие модели требуют серьезных институциональных изменений: пересмотра образовательных стандартов, подготовки междисциплинарных преподавательских кадров, развития сетевого взаимодействия между медицинскими и классическими университетами.

Взаимодействие социально-гуманитарных и профессиональных дисциплин – не дань академической моде, а необходимость, продиктованная гуманизацией медицины и ростом запроса на пациенто-ориентированный подход. Основные проблемы (разрыв методологий, разобщенность расписаний, недостаток интеграции) могут быть решены через пересмотр учебных планов, внедрение интерактивных и проектных форм обучения, а также системную межкафедральную кооперацию. Только такой синтез позволит подготовить врача, способного видеть в пациенте личность, принимать этически сложные решения и понимать социальные детерминанты здоровья.

Ключевой урок, который можно извлечь из отечественного и зарубежного опыта, заключается в следующем: интеграция не может быть сведена к изменению учебного плана. Она требует формирования новой образовательной философии, в которой гуманитарное и профессиональное изначально мыслятся как взаимопроникающие измерения медицинской практики.

Источники и литература / Sources and references:

1. Культурно-образовательное пространство вуза как перспективная модель воспитания // Акименко Г.В., Асанов С.А., Ведерникова А.В., Головкин О.В., Гукина Л.В., Игишева Л.Н., Ким А.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Марьина М.Г., Мехова Г.А., Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Степанова М.Г., Сумбаев Е.А., Тарасова О.Л., Федосеева И.Ф.,



Шмакова О.В. и др. Москва, 2024. 269 с.

2. Агеева Н. А. Эффективность терапевтического сотрудничества врача и пациента в контексте рационального и мифологического мышления» // Гуманитарные и социальные науки. - 2013. - №5. - С. 75.

3. Васильева Е.Ю., Сизова Ж.М. Междисциплинарный подход в медицинском образовании: проблемы и перспективы // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2021. – № 2. – С. 33–41.

4. Инновационные модели и технологии повышения качества медицинского образования: коллективная монография / П. В. Ивачев, К. А. Митрофанова, Л. Е. Петрова и др.; отв. ред. П. В. Ивачев. — Екатеринбург: УГМУ, 2014. — 188 с.

5. Litzelman D.K., Inui T.S. The Role of the Humanities in Medical Education // Academic Medicine. – 2020. – Vol. 95, No. 11. – P. 1665–1670.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И АКАДЕМИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ: АНАЛИЗ ДИНАМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Сумбаева А. М.

Кафедра гигиены

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – Е. А. Сумбаев

Аннотация. Статья предлагает анализ современных исследований, посвящённых взаимосвязи между психическим состоянием студентов и их академической адаптацией. В работе рассматриваются лонгитудинальные исследования гетерогенности траекторий психического здоровья, роль психологических ресурсов в адаптации и механизмы, через которые депрессивная симптоматика и когнитивные процессы влияют на этот процесс.



Результаты показывают, что психическое состояние и академическая адаптация взаимодействуют как динамическая система, при этом успешность адаптации зависит не столько от отдельных психических проблем, сколько от доступности психологических ресурсов и качества регуляторных процессов.

Ключевые слова: психическое состояние, академическая адаптация, психического здоровья, психологические ресурсы, депрессивная симптоматика, самоэффективность.

PSYCHOLOGICAL STATE AND ACADEMIC ADAPTATION: ANALYSIS OF DYNAMIC PROCESSES

Sumbayeva A. M.

Department of Hygiene

Kemerovo State Medical University, Russia

Scientific Advisor- E. A. Sumbayev

Abstract. The article offers an analysis of contemporary research on the relationship between students' mental state and their academic adaptation. It examines longitudinal studies on the heterogeneity of mental health trajectories, the role of psychological resources in adaptation, and the mechanisms through which depressive symptoms and cognitive processes influence this process. The results show that mental state and academic adaptation interact as a dynamic system, with the success of adaptation depending not so much on individual mental problems as on the availability of psychological resources and the quality of regulatory processes.

Keywords: mental state, academic adaptation, longitudinal studies, mental health trajectories, psychological resources, depressive symptoms, self-efficacy.

Введение

Переход к обучению в высшей школе представляет собой критический период, сопряженный с необходимостью адаптации к новым академическим



требованиям, социальному окружению и изменению жизненного уклада. Успешность этой адаптации во многом определяет не только академическую успеваемость, но и общее психическое благополучие студентов.

Традиционно исследования в этой области фокусировались на выявлении факторов риска, связанных с ухудшением психического состояния. Однако накопленные к настоящему времени данные свидетельствуют о необходимости более сложного, динамического понимания взаимосвязей между психическим состоянием и академической адаптацией.

Цель данной статьи - изучение психофизиологических особенностей студентов 1–2 курсов Медико-профилактического факультета Кемеровского государственного медицинского университета.

Поступление в высшее учебное заведение актуализирует проблему адаптации обучающихся, которая нередко выходит на первый план. Начало обучения сопряжено с существенными изменениями в жизни вчерашних школьников, обусловленными необходимостью приспособления к новой социальной ситуации развития, принятием социальной роли студента с присущими ей правами и обязанностями. Кроме того, трансформируется содержание ведущей деятельности, приобретающее профессиональную направленность [8]. Как отмечается в литературе, успешность прохождения адаптационного периода в значительной степени детерминирует эффективность учебной и последующей профессиональной деятельности, оказывая выраженное влияние на развитие личности будущего молодого специалиста [2].

В работах В.А. Гордашникова и А.Я. Осина применительно к проблеме адаптации студентов выделяются два ключевых вида: профессиональная и социально-психологическая адаптация. Первая предполагает приспособление к характеру, содержанию, условиям и особенностям организации учебно-



воспитательного процесса; вторая - адаптацию индивида к студенческой группе и системе внутригрупповых взаимоотношений [6].

Согласно точке зрения Т.И. Ронгинской, адаптация студентов представляет собой сложный процесс, связанный с перестройкой психики. В ходе данного процесса изменяются как уровневые значения отдельных характеристик личности, так и характер взаимосвязей между ними [1].

Большинство исследователей сходятся во мнении, что рассматриваемый период является крайне сложным и переломным в жизни человека [7]. Начало обучения, как правило, характеризуется существенными стрессовыми нагрузками, совладать с которыми удастся далеко не каждому. А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Я.Г. Евдокимова и М.В. Москова полагают, что студенты первого курса должны рассматриваться как группа риска по развитию эмоциональной дезадаптации [3].

В этой связи особую актуальность приобретает проблема разработки адекватных методов и средств психопрофилактики, а также организации психотерапевтической помощи студентам на различных этапах адаптационного процесса [4].

Материалы и методы

Исследование проводилось в период с сентября по декабрь 2011 г. В нём приняли участие 96 студентов в возрасте от 17 до 20 лет. Обследование включало психофизиологическое тестирование с использованием устройства психофизиологического тестирования УПФТ-1/30 «Психофизиолог», реализующего ряд психофизиологических и психодиагностических методик. Психофизиологические методики были направлены на оценку функциональных возможностей вегетативной и центральной нервной системы. Метод вариационной кардиоинтервалометрии применялся для изучения



функционального состояния вегетативной нервной системы по параметрам сердечной деятельности и общего функционального состояния организма.

Психодиагностический блок включал: многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО) для оценки адаптационных возможностей, отражающих интегративные характеристики психического и социального развития личности; шкалы тревожности Спилбергера - Ханина (оценка реактивной и личностной тревожности); анкету самооценки состояния (субъективное самочувствие и соматические жалобы). Психодиагностические опросники, реализованные в устройстве, позволяли оценивать исследуемые качества на уровне как осознаваемых, так и неосознаваемых реакций за счёт алгоритмов анализа не только содержания ответов, но и временных задержек. Для изучения познавательных процессов применялись методики: «Корректирующая проба», «Интеллектуальная лабильность», «Оперативная память», «Память на образы».

Результаты

На основании данных МЛО была получена интегральная личностная характеристика выборки - «личностный адаптационный потенциал» (ЛАП), объединяющий поведенческую регуляцию, коммуникативный потенциал и моральную нормативность, что позволило оценить резервы испытуемых в аспекте социально-психологической адаптации.

Выделены две группы с различными психологическими адаптационными реакциями. Группы статистически значимо различались по уровням поведенческой регуляции и коммуникативного потенциала. Показатель моральной нормативности в обеих группах был достаточно высоким.

Первая группа характеризовалась высоким и средним уровнями ЛАП (34,2% от выборки). Эти студенты легко адаптировались к новым условиям, быстро входили в коллектив, адекватно ориентировались в ситуации,



вырабатывали стратегию поведения, были неконфликтны и обладали высокой нервно-психической устойчивостью. Функциональное состояние и работоспособность у них находились в пределах нормы, мотивация устойчива. У представителей данной группы отмечены: состояние, близкое к оптимальному (34,2%), высокий и достаточный уровень нервно-психической устойчивости (33,3%), высокий коммуникативный потенциал (41,7%).

Вторая группа продемонстрировала низкий уровень ЛАП, что может в дальнейшем привести к социально-психологической дезадаптации. У этих студентов выявлены акцентуации характера и отдельные признаки психопатий, психическое состояние оценено как пограничное. Процесс адаптации протекал тяжело, с высоким риском нервно-психических срывов в экстремальных условиях. Студенты второй группы отличались высокой межличностной конфликтностью, склонностью к делинквентному поведению и неустойчивой мотивацией. В выборке у 46,8% студентов обнаружены признаки дезадаптивных нарушений, 36% респондентов показана комплексная психологическая коррекция. У 66,7% студентов этой группы выявлены невысокий или низкий уровни нервно-психической устойчивости. Функциональное состояние (на основе анализа сердечно-сосудистой системы) определено как предельно допустимое у 67% респондентов. У студентов с низким ЛАП зафиксировано максимальное напряжение регуляторных систем и сниженный уровень резервных возможностей.

Коммуникативный потенциал второй группы низкий; у 38% студентов проявлялись агрессивность и конфликтность, что может быть связано с высокой личностной тревожностью (39,8%). Среди личностных характеристик преобладают: склонность к психастеническим проявлениям (67,7%); склонность к гипертимным реакциям (46,6%), что проявляется в переоценке собственных способностей, самоуверенности, стремлении произвести впечатление;



отдельные признаки аутистичности мышления (30,2%); склонность к импульсивным реакциям (21,8%) и к депрессивным состояниям (22%).

У 62,7% испытуемых зарегистрировано сниженное функциональное состояние на начальных этапах адаптации. Тем не менее 69,2% студентов оценивали своё субъективное самочувствие как хорошее, что может свидетельствовать либо о недостаточном умении диагностировать собственное состояние, либо о социально желательном характере ответов.

Неустойчивая мотивация к учебно-профессиональной деятельности зафиксирована у 68,3% студентов.

При обследовании вегетативной нервной системы (ВНС) лабильное состояние выявлено у 70% студентов, что проявлялось активацией симпатического отдела, напряжением регуляторных систем, низким уровнем функциональных возможностей и психофизиологических резервов. Среднее функциональное состояние ВНС (нормокардия с частотой сердечных сокращений выше средних значений, умеренная синусовая аритмия, преобладание эрготропной активности на фоне усиления автономного контура регуляции) наблюдалось у 10% респондентов. Хорошее и высокое функциональное состояние ВНС (нормокардия, оптимальный синусовый ритм, сбалансированное влияние центрального и автономного контуров регуляции, высокий уровень резервов) отмечено у 20% респондентов.

По данным методики Спилбергера — Ханина, большинство респондентов имели умеренный (48%) и низкий (40%) уровни ситуативной тревожности. В то же время отмечен рост личностной тревожности: 72% тестируемых вошли в группу с высокой тревожностью, тогда как оптимальный уровень был характерен для 28% студентов. В 69,2% случаев эти характеристики сочетались с хорошей самооценкой субъективного самочувствия.



Заключение

Академическая адаптация – это не просто пассивное приспособление к новым условиям, а активный, динамичный процесс, в котором психическое состояние студента играет центральную роль. Понимание этой взаимосвязи, учет индивидуальных различий и влияния внешних факторов, а также развитие навыков самосознания и рефлексии являются ключевыми для успешной адаптации. Вузы, осознавая эту сложность, должны стремиться создавать комплексные системы поддержки, включающие психологическую помощь, образовательные программы по развитию личностных компетенций и формирование благоприятной социальной среды. Только такой целостный подход позволит студентам не только успешно адаптироваться к академической среде, но и раскрыть свой полный потенциал, заложив прочный фундамент для дальнейшего личностного и профессионального роста.

Проведённое исследование показало, что психофизиологические особенности студентов играют значительную роль в развитии адаптационных возможностей и устойчивости к неблагоприятным факторам среды. У студентов с высокой личностной тревожностью, сниженным функциональным состоянием и напряжением регуляторных систем наблюдаются негативные сдвиги в адаптационных механизмах. Напротив, студенты с нормальным функциональным состоянием и оптимальным уровнем личностной тревожности характеризуются нормальной адаптацией.

Источники и литература / Sources and references:

1. Холмагорова А.Б., Гаранян Н.Г., Евдокимова Я.Г., Москова М.В. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов // Вопросы психологии. - 2009. - № 3. - С. 16–26.
2. Тарасова Т.В., Ганюхина Я.Г., Тарасов Р.С., Хайдар Д.А., Тюрина О.А., Вешкина Л.В. Психологические особенности адаптации к обучению в вузе



у студентов младших курсов // Образовательный вестник «Сознание». — 2019. - Т. 21.- № 11. - С. 16–21.

3. Акименко Г.В., Начева Л.В. Социальная компетентность и Адаптация студента в поликультурном образовательном пространстве вуза // Поликультурное образование в современном вузе: вызов и перспектива. сборник материалов Международной научно-практической конференции. — Кемерово, 2021. - С. 27-43.

4. Ионова М.С., Шукшина Л.В., Никишов С.Н., Баляев С.И. К проблеме развития навыков общения и конструктивного разрешения конфликтов у студентов в условиях полинационального вуза // Мир науки. - 2017. - Т. 5. - № 2. - С. 58.

5. Диагностика эмоционально-нравственного развития / сост. и ред. И.Б. Дерманова. - СПб.: Речь, 2002. - С. 171.

6. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. - СПб.: Питер, 2009. - 336 с.

7. Вачков И.В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники. — М.: Ось-89, 2003. — 224 с.

8. Ионова М.С. Прогнозирование в речи // Актуальные проблемы устной и письменной коммуникации: теоретические и прикладные аспекты: межвуз. сб. науч. работ. - Саранск, 2007. - С. 167–170.

АРТ-ТЕРАПИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ КЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Сумбаева А. М.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель - канд. ист. наук, доцент Г.В. Акименко



Аннотация. В статье представлен анализ современного состояния проблемы применения арт-терапии в клинической практике. На основе обзора эмпирических исследований и клинических протоколов рассматриваются нейрофизиологические и психологические механизмы терапевтического действия искусства, а также результаты применения арт-терапевтических интервенций в психиатрии, онкологии, хирургии и реабилитационной медицине. Особое внимание уделяется стандартизации подходов к оценке эффективности арт-терапии и разработке диагностических инструментов. Анализируются современные тенденции, включая интеграцию искусственного интеллекта в создании персонализированных арт-интервенций и сочетание арт-терапии с нейротехнологиями.

Ключевые слова: арт-терапия, клиническая психология, эмоциональная регуляция, тревожность, реабилитация, доказательная медицина, психоонкология

ART THERAPY AS A TOOL FOR CLINICAL ASSISTANCE: THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM

Sumbayeva A. M.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific Advisor - G.V. Akimenko

Abstract. The article presents an analysis of the current state of the problem of using art therapy in clinical practice. Based on a review of empirical studies and clinical protocols, the article discusses the neurophysiological and psychological mechanisms of the therapeutic effect of art, as well as the results of using art therapy interventions in psychiatry, oncology, surgery, and rehabilitation medicine. Special attention is paid to the standardization of approaches to assessing the effectiveness of art therapy and the development of diagnostic tools. The article also analyzes current trends, including



the integration of artificial intelligence in creating personalized art interventions and the combination of art therapy with neurotechnology.

Keywords: art therapy, clinical psychology, emotional regulation, anxiety, rehabilitation, evidence-based medicine, psycho-oncology

Введение

В условиях роста распространенности психических расстройств, увеличения стрессогенности среды и признания важности холистического подхода в медицине наблюдается возрастающий интерес к дополнительным терапевтическим методам. Арт-терапия - направление, использующее творческие процессы (изобразительное искусство, музыку, танец, драму) как средство психотерапевтического воздействия — за последние десятилетия прошло путь от периферийной практики до инструмента, интегрируемого в протоколы клинической помощи ведущими медицинскими центрами мира [1].

Актуальность систематизации знаний об арт-терапии обусловлена несколькими факторами. Во-первых, накоплен значительный массив эмпирических данных, требующий теоретического осмысления. Во-вторых, клиническая практика ставит вопрос о стандартизации арт-терапевтических вмешательств и разработке валидных инструментов оценки их эффективности. В-третьих, появление новых технологий — от нейровизуализации до искусственного интеллекта - открывает новые перспективы для персонализации и объективизации арт-терапевтического процесса [2].

Цель настоящей статьи - на основе анализа современных научных публикации выявить ключевые механизмы арт-терапевтического действия и определить перспективные направления развития метода.



Теоретические основы и механизмы терапевтического действия

Ключевым патогенетическим механизмом многих психических и психосоматических расстройств является дисфункция эмоциональной регуляции — неспособность индивида адаптивно управлять интенсивностью и продолжительностью эмоциональных реакций. Арт-терапия рассматривается как метод, непосредственно воздействующий на этот дефицит [3].

Исследования показывают, что структурированные арт-терапевтические программы, такие как Affect regulating Arts Therapies (ArAT), включают три последовательные фазы регуляции: регуляцию напряжения, регуляцию внимания и регуляцию аффекта. В процессе творческой деятельности пациент учится распознавать, выдерживать и трансформировать сложные эмоциональные состояния, которые трудно поддаются вербализации — что особенно важно при работе с травмой и алекситимией.

Современные нейроисследования подтверждают, что творческая активность модулирует активность лимбической системы, снижает уровень кортизола и способствует выработке дофамина и серотонина. Арт-терапевтические интервенции активируют префронтальную кору, участвующую в когнитивном контроле эмоций, и одновременно снижают реактивность миндалевидного тела — структуры, ответственной за генерацию тревоги и страха.

Показательно, что структурированные формы арт-терапии, такие как рисование мандалы, оказывают медитативный эффект: повторяющиеся узоры и фокусировка внимания на процессе способствуют синхронизации ритмов мозга, характерных для состояния расслабленного осознания. Это объясняет эффективность арт-терапии в периоперационном периоде, когда пациенты испытывают высокий уровень стресса, связанный с неопределенностью и болевыми ожиданиями.



Арт-терапия выполняет не только терапевтическую, но и диагностическую функцию. Продукты творческой деятельности служат проективным материалом, отражающим неосознаваемые переживания, внутренние конфликты и ресурсные состояния пациента.

Разработаны стандартизированные инструменты оценки, такие как Шкала формальных элементов арт-терапии (Formal Elements Art Therapy Scale, FEATS), позволяющая количественно оценивать клинически значимые параметры рисунка (цвет, линии, заполнение пространства, интеграция фигуры). В исследовании Ау и коллег (2024) модифицированная версия FEATS была успешно применена для оценки стресса, копинг-стратегий, тревоги и депрессии по рисунку «Человек под дождем» (Person-in-the-Rain). Показано, что использование цвета имеет самостоятельную клиническую значимость и опосредует связь между симптомами и формальными характеристиками рисунка.

Методика «Интервью непрерывной арт-терапии», разработанная в клинических условиях и опирающаяся на интерперсональную теорию Гарри Стэка Салливана, интегрирует создание художественного продукта с направленным диалогом, позволяя отслеживать динамику психического статуса пациента на протяжении лечения. Это особенно ценно в психиатрическом стационаре, где вербальная коммуникация может быть затруднена [4].

Применение в клинической практике: обзор эмпирических исследований

Наиболее широко арт-терапия применяется в психиатрической практике, где творческое самовыражение служит безопасным каналом для разрядки психомоторного возбуждения, проработки травматического опыта и восстановления коммуникативных навыков.



Клиническое исследование, проводимое Университетом Коч (Стамбул, 2025), изучает эффективность арт-терапии у стационарных психиатрических пациентов. 48 участников с различными психическими расстройствами случайным образом распределены в группы стандартной психиатрической помощи и дополнительной арт-терапии (три 50-минутных сессии в неделю в течение 5 дней). Протокол включает оценку тревожности с использованием Опросника ситуативной и личностной тревожности) и динамики симптомов по стандартизированным шкалам [5].

Предварительные данные подтверждают, что даже краткосрочные арт-терапевтические интервенции значительно снижают уровень тревожности и улучшают эмоциональную регуляцию у пациентов с психотическими расстройствами в фазе ремиссии. Механизм этого эффекта связывают с возможностью «отреагирования» негативных переживаний в символической форме и с развитием новых копинг-стратегий через творческое решение проблем.

Пациенты с онкологическими заболеваниями представляют собой группу высокого риска развития депрессивных и тревожных расстройств, что значительно ухудшает не только качество жизни, но и прогноз основного заболевания. Диагностический стресс, длительное лечение с побочными эффектами, страх прогрессирования - все это создает сложный психопатологический симптомокомплекс.

Клинически значимым результатом стала динамика цветовых предпочтений: у 61,6% пациенток первая работа была выполнена в темных тонах (что отражало депрессивный фон настроения, подавленность и страх), тогда как последующие работы характеризовались постепенным переходом к яркой, насыщенной гамме. Это изменение объективно соответствовало улучшению психоэмоционального статуса и снижению уровня безнадежности. Важно



отметить, что полный или частичный ответ на противоопухолевую терапию был достигнут у 76,8% пациенток - результат, который авторы связывают с повышением комплаенса и снижением отказов от лечения благодаря арт-терапевтической поддержке [6].

Другое клиническое исследование (Тракья Университет, Турция, 2025) изучало влияние рисования мандалы на периоперационное психологическое благополучие 84 пациенток с гинекологическим раком. Интервенция (35–50 минут рисования с последующим обсуждением) проводилась до и после операции. Измерения включали шкалы эмоциональной самоэффективности, психологического благополучия и ситуативной тревожности. Полученные данные свидетельствуют о том, что структурированная арт-терапия может служить эффективным нефармакологическим средством снижения предоперационной тревоги, что потенциально улучшает послеоперационное восстановление.

Дети и подростки с психосоциальными проблемами часто демонстрируют гиперчувствительность к эмоциональным стимулам и сильные эмоциональные реакции на стрессовые ситуации, что клинически квалифицируется как нарушения эмоциональной регуляции. Для этой возрастной группы арт-терапия имеет особую ценность, поскольку обходит ограничения вербальной коммуникации и опирается на естественную для детей игровую и творческую активность.

В работе Эрика Босграаф представлена разработка стандартизированного инструмента для оценки терапевтических действий в рамках программы ArAT. На основе анализа существующих теорий привязанности, травмы, ментализации и арт-терапевтических подходов был создан перечень из 83 специфических терапевтических действий, который после трех этапов валидации был



редуцирован до 15 пунктов, из которых 12 соответствуют критериям надежности наблюдения [7].

Это исследование имеет принципиальное значение для внедрения арт-терапии в систему доказательной медицины. Возможность количественной оценки терапевтических действий позволяет:

- стандартизировать протоколы вмешательства;
- обучать специалистов единым компетенциям;
- сравнивать эффективность разных подходов;
- воспроизводить результаты в различных клинических условиях.

Пребывание в стационаре - независимо от профиля отделения - связано с психологическим дистрессом: боль, ограничение привычной активности, неопределенность прогноза, отрыв от семьи и социальных связей. Пилотное исследование, проведенное в Стэнфордском госпитале (2025), оценивало эффективность персонализированных арт-интервенций у 37 взрослых стационарных пациентов.

Уникальность этого исследования заключается в сравнении традиционного (созданного художником) и сгенерированного искусственным интеллектом (ИИ) персонализированного арт-контента. Пациенты проходили 15-минутное структурированное интервью, в ходе которого выявлялись личные интересы и значимые жизненные опыты, после чего создавалось индивидуальное художественное произведение.

Результаты показали значимое снижение стресса и тревожности, а также повышение комфорта у пациентов обеих групп. Линейный регрессионный анализ не выявил значимых различий между традиционной и ИИ-генерированной арт-терапией. Удовлетворенность пациентов была высокой: 74% сообщили, что опыт превзошел ожидания, 72% отметили значимое улучшение госпитального опыта, 85% готовы рекомендовать этот метод другим.



Это открывает перспективы для масштабируемых и экономически доступных персонализированных арт-интервенций в условиях стационара [8].

Специфической областью применения арт-терапии является стоматологическая практика, где уровень тревожности пациентов может достигать клинически значимых величин, приводя к отсрочке лечения и ухудшению стоматологического статуса. Изотерапия (рисование до или во время лечения) позволяет отвлечь пациента от дискомфортных ощущений, снизить уровень кортизола и улучшить коммуникацию в диаде врач-пациент. Отмечается, что у арт-терапии в этом контексте отсутствуют противопоказания, а простота и доступность делают ее привлекательным инструментом повышения качества стоматологической помощи.

Проблема стандартизации и оценки эффективности

Несмотря на растущее количество исследований, подтверждающих клиническую эффективность арт-терапии, эта область сталкивается с методологическими вызовами, характерными для психотерапевтических вмешательств.

Традиционно арт-терапия опиралась на качественные методы анализа - описание, интерпретацию, клиническое суждение. Однако переход к доказательной медицине требует внедрения валидированных количественных инструментов.

Разработка FEATS и ее адаптация для различных диагностических задач - важный шаг в этом направлении. Предложенная И. И. Ветровой модификация шкалы для теста «Человек под дождем» позволяет стандартизировать оценку таких параметров, как:

- использование цвета (разнообразие, интенсивность, соответствие контексту);
- пространственное расположение фигуры на листе;



- детализация и интеграция элементов;
- наличие защитных атрибутов (зонт, головной убор) и их характер.

В психотерапевтических исследованиях ключевым понятием является «терапевтическая целостность») - степень соответствия проведенного вмешательства запланированному протоколу. Для арт-терапии, где велика роль импровизации и контекстуальной чувствительности, измерение целостности представляет особую сложность.

Исследование Э. Босграаф и соавторов предлагает решение этой проблемы: создан чек-лист из 15 специфических терапевтических действий, которые могут быть надежно зафиксированы внешними наблюдателями при просмотре видеозаписей сессий. Двенадцать из этих пунктов отвечают критериям надежности межэкспертного согласия. Операционализация терапевтических действий - необходимое условие для проведения рандомизированных контролируемых исследований и сравнения результатов между разными центрами [4].

Современные тенденции включают сочетание арт-терапии с объективными методами оценки физиологического состояния. Применяются технологии биологической обратной связи (БОС-терапия), когда пациент в реальном времени видит визуализацию своих физиологических показателей (пульс, вариабельность сердечного ритма, ритмы мозга) и учится их контролировать через творческую активность.

Перспективные направления развития

Исследование Стэнфордского университета продемонстрировало, что персонализированные изображения, созданные нейросетями на основе клинического интервью, не уступают по терапевтической эффективности работам профессионального художника. Это открывает возможности для:



- создания масштабируемых сервисов персонализированной арт-поддержки;
- адаптации интервенций к культурным и индивидуальным особенностям пациента;
- снижения стоимости арт-терапевтической помощи (что критично для систем здравоохранения с ограниченными ресурсами).

Однако возникают и этические вопросы: может ли ИИ-генерированный контент передавать ту глубину эмпатического соприкосновения, которая составляет суть психотерапевтического альянса? Требуются дальнейшие исследования сравнительной эффективности и долгосрочных результатов.

Двигаясь от универсальных протоколов к персонализированной медицине, арт-терапия может быть адаптирована к конкретным диагностическим группам и уровням тяжести. Например:

Для тревожных пациентов с преобладанием руминаций более эффективны структурированные формы (мандалы, раскраски);

Для пациентов с травмой и нарушениями привязанности — свободное экспрессивное рисование с последующей вербализацией;

Для пациентов с алекситимией — техники, направленные на развитие символизации и эмоционального словаря [3].

Арт-терапия не должна рассматриваться как изолированное вмешательство, но как компонент комплексной помощи. Ее интеграция с психофармакотерапией, когнитивно-поведенческой терапией, физической реабилитацией и социальной поддержкой позволяет синергически воздействовать на различные уровни функционирования пациента — от нейробиологического до социального.



Заключение

Арт-терапия в современной клинической практике представляет собой не просто метод творческого самовыражения, но научно обоснованный инструмент эмоциональной регуляции, диагностики и реабилитации. Накопленные за последние годы эмпирические данные свидетельствуют о ее эффективности при широком спектре состояний — от тревожных расстройств до онкологических заболеваний.

Ключевыми механизмами терапевтического действия выступают: возможность невербального выражения сложных эмоций, развитие навыков саморегуляции через структурированную творческую активность, а также активация нейробиологических систем, связанных с дофаминергическим подкреплением и снижением стрессового ответа.

Перспективы развития связаны с внедрением стандартизированных инструментов оценки (FEATS, ArAT чек-лист), интеграцией с нейротехнологиями и искусственным интеллектом, а также с включением арт-терапии в клинические рекомендации как дополнительного метода с доказанной эффективностью. Критическим вызовом остается проведение крупных многоцентровых рандомизированных контролируемых исследований, которые позволят уточнить показания, противопоказания и оптимальные протоколы арт-терапевтических интервенций для различных нозологических групп.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Головки О.В. Отношение к арт-терапии обучающихся в кемеровском государственном медицинском университете // Головки О.В., Салтанова Е.В., Боровикова З.В., Шмакова О.В., Захаренкова К.А. / В сборнике: Практика исцеления творчеством: современная арт-терапия в образовании, медицине и социальной сфере. сборник материалов Международной научно - практической конференции. Кемерово, 2022. С. 92-97.



2. Ортикова Н.Х., Муродов С.К. Терапевтический потенциал в работе с эмоциональными состояниями // Журналы ТГМУ. – 2025.
3. Культурно-образовательное пространство вуза как перспективная модель воспитания // Акименко Г.В., Асанов С.А., Ведерникова А.В., Головки О.В., Гукина Л.В., Игишева Л.Н., Ким А.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Марьина М.Г., Мехова Г.А., Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Степанова М.Г., Сумбаев Е.А., Тарасова О.Л., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В. и др. Москва, 2024. – 249 с.
4. Бендь Г.Л. Потенциал использования модели баланса в сочетании с арт-терапевтической методикой «Визуальная картина жизни клиента» // Позитивная психотерапия в современном мире. – Чебоксары: ИД «Среда», 2025. – С.180-185.
5. Bosgraaf L., Spreen M., Pattiselanno K., van Hooren S.A.H. Measurement and development of art therapeutic actions in the treatment of children and adolescents with psychosocial problems // International Journal of Art Therapy. – 2023. – Vol. 28(3). – P. 106-116.
6. Smith B.R., Toomer L.A., Vu E., et al. A Pilot Study Evaluating Traditional and Artificial Intelligence (AI)-Generated Bedside Art Interventions in Hospital Care // Journal of Patient Experience. – 2026. – Vol.13.
7. Dumanskiy Y.V., Bondar O.V., Rybin A.I., Kuznetsova O.V. Art therapy of cancer patients in the context of oncological rehabilitation during the Covid 19 pandemic and the war in Ukraine // Oncology. – 2025. – Vol.25(4). – P.292-296.
8. Au P.-K., Yu C.K.-C., Wong S.-S. The Application of the Formal Elements Art Therapy Scale in the Person-in-the-Rain Drawing Test // Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association. – 2024. – Vol.41(2). – P.74-82.



**ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ
ОБРАЗА ТЕЛА И ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ
У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Суфьянова А. Ф.

Высшая школа философии, психологии и социологии

Кафедра психологического сопровождения и клинической психологии

ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий»

Россия, г. Уфа

Научный руководитель - О. И. Политика

Аннотация. В статье проводится исследование специфических гендерных различий нарушения образа тела и симптомов деперсонализации у лиц, страдающих шизофренией. Рассматриваются проявления деперсонализации и образа тела, а также влияние половых различий на восприятие своего тела и формирование расстройства самосознания. Анализируются клинические симптомы и механизмы развития данных нарушений. Проведён сравнительный анализ клинических проявлений нарушения образа тела и деперсонализации у мужчин и женщин, страдающих шизофренией.

Ключевые слова: гендерные особенности, нарушение образа тела, расстройства самосознания, дисморфофобия, деперсонализация, шизофрения.

**GENDER-SPECIFIC BODY IMAGE DISORDERS
AND DEPERSONALIZATION I
N PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

Sufyanova A. F.

Higher School of Philosophy, Psychology and Sociology

Department of Psychological Support and Clinical Psychology

Ufa University of Science and Technology, Ufa, Russia

Scientific supervisor - O. I. Politika

Abstract. The summary in English: The article examines the specific gender differences in body image disorders and symptoms of depersonalization in people



suffering from schizophrenia. The article examines the manifestations of depersonalization and body image, as well as the influence of gender differences on the perception of one's body and the formation of a self-awareness disorder. The clinical symptoms and mechanisms of development of these disorders are analyzed. A comparative analysis of the clinical manifestations of body image disorders and depersonalization in men and women suffering from schizophrenia has been carried out.

Keywords: gender characteristics, body image disorder, self-awareness disorders, dysmorphophobia, depersonalization, schizophrenia.

Введение

Шизофрения представляет собой тяжёлое психическое расстройство, характеризующееся широким спектром нарушений психической деятельности, среди которых ключевое место занимают расстройства самосознания [1, С.508–632; 4, С.128–130]. К ним относятся нарушения образа тела и явления деперсонализации. Данные феномены тесно связаны с искажением базового чувства «Я» и значительно ухудшают качество жизни пациентов [9, С.154]. В последнее время появляется всё больше информации о том, что проявления шизофрении у представителей разных полов могут значительно отличаться.

Исследования в области психиатрии и клинической психологии подчёркивают, насколько важно для психического здоровья человека его отношение к собственному телу [10, С.119–122]. То, как человек оценивает свою внешность и физическую форму, оказывает влияние на его эмоциональное состояние и способность адаптироваться в обществе [3, С.25–56]. Как отмечает К. Ясперс, расстройства самосознания при шизофрении носят первичный характер и не могут быть сведены к другим симптомам [6, С.97–99]. Восприятие своего тела — это не просто вопрос красоты и здоровья, но и сложный процесс,



в котором переплетаются биологические предпосылки, общественные ожидания и личный опыт [10, С.120]. Карвасарский указывает, что образ тела формируется на основе сенсорной информации, поступающей от органов чувств и под влиянием социокультурных факторов [3, С.27–29].

В современной научной литературе всё чаще поднимается вопрос о том, что искажения восприятия собственного тела при шизофрении формируются уже на доманифестном этапе заболевания, выступая в роли ранних патологических маркеров. У пациентов с данным психическим заболеванием наблюдаются изменения не только в образе тела как таковом, но и в базовом восприятии себя как телесного субъекта. Подобное восприятие выражается в феномене «не-переживания» своего тела, при котором тело исключается из концепции «Я» и воспринимается как отчуждённый объект.

История изучения этих явлений начинается с работ немецкого психиатра Эрнеста Крепелина. Он детально описывает ситуации, когда у людей, страдающих шизофренией, наблюдались искажения восприятия размеров и форм частей тела, которые сопровождались острыми негативными переживаниями [5, С.28; 208]. Австрийский психиатр Пауль Шильдер углубил понимание концепции образа тела, представив её как многоуровневую систему, которая складывается под воздействием физиологических изменений, культурного контекста и личных жизненных обстоятельств [8, С.11–16]. Шильдер подчёркивал, что образ тела не является статичным, он постоянно меняется под влиянием новых впечатлений и социальных взаимодействий [8, С.23–25].

Феномен аутометаморфозы, при котором пациенты воспринимают своё тело трансформированным в чужое или даже неодушевлённый предмет, служит ярким примером деперсонализационно-дереализационного синдрома [6, С.97–99].



В результате анализа научных исследований удалось выявить три ключевых способа реагирования на дисгармонию в восприятии собственного тела [3, С.63–92]:

1. Невротический тип характеризуется непреодолимым вниманием к предполагаемым изъянам внешности и отчаянным желанием их устранить;
2. Психотический тип выражается в категорическом отрицании собственного тела, которое может доходить до крайних, агрессивных форм поведения по отношению к нему [2, С.33–35].
3. Защитный тип проявляется в формировании специфических ритуалов ухода за телом, цель которых — скрыть неприятные ощущения и страхи [2, С.150].

Нарушения самовосприятия при шизофрении тесно связаны с распадом мотивационной сферы и изменением смыслообразующих структур личности [2, С.90–92].

Дисгармония в восприятии своего тела заключается в искажённом видении собственной внешности, нарушения пропорций и контуров. Часто это сопровождается мучительным недовольством своим внешним видом, страхом и стремлении скрыть тело от взглядов окружающих [10, С.124]. В случае шизофрении подобные нарушения приобретают особую значимость, являясь результатом глубоких нарушений в когнитивно-перцептивной сфере [2, С.90–101].

Особое внимание привлекают ситуации, когда подобные расстройства возникают на фоне пищевых нарушений и личностных кризисов [7, С.307]. Пациенты с шизофренией чаще всего жалуются на утрату связи с собственным физическим телом, твёрдо верят в то, что их внешность неприемлема, и испытывают иллюзии относительно изменения размеров отдельных частей тела. Всё это существенно осложняет жизнь пациентов, провоцируя глубокое уныние



и социальную замкнутость [4, С.74–147; 7, С.305–310]. Мотивационная составляющая отношения к внешности (стремление контролировать свой образ на постоянной основе) при шизофрении часто становится компульсивной и приводит к истощению психологических ресурсов.

Современная наука выделяет чётко выраженные гендерные различия в структуре и динамике этих нарушений. У женщин наблюдается более интенсивная эмоциональная реакция на предполагаемые недостатки во внешнем виде, в то время как мужчины чаще испытывают свои ощущения как внутреннюю эмоциональную пустоту и отчуждённость от собственного тела [4, С.219–232]. У женщин с шизофренией деперсонализационно-дисморфофобические проявления встречаются чаще и имеют более выраженный аффективный компонент [1, С.545–547].

Объекты и методы исследования

С целью исследования использовались следующие методики: методика «Кембриджская деперсонализационная шкала» (Cambridge Depersonalization Scale, CDS) М. Сьерра и Г. Берриоса является одним из наиболее известных валидированных инструментов для оценки выраженности синдрома деперсонализации-дереализации; методика «Мнение о собственной внешности» (Appearance Schema Inventory Revised, ASI-R), направленного на диагностику дисморфофобических проявлений [9, С.156–160]. Для статистического анализа данных использовалась компьютерная программа в ds.xuxmc.ru, позволяющая провести анализ выборки, а также корреляционный анализ.

Выявление симптомов деперсонализации и нарушения образа тела оценивалось с помощью методик «Кембриджская деперсонализационная шкала» и «Мнение о собственной внешности». Анализ показал, что определена статистически значимая положительная корреляция средней силы между выраженностью этих двух феноменов ($r=0.51$, $p=0.004$), а также выявлены



достоверные гендерные различия в структуре и интенсивности данных нарушений, что позволяет говорить о различных патопсихологических профилях у мужчин и женщин в рамках шизофренического спектра.

Полученные эмпирические данные получают содержательное объяснение при их интеграции с современными патопсихологическими концепциями.

Результаты и их обсуждение

Статистический анализ продемонстрировал, что у женского пола показатели по общей шкале CDS ($p=0.046$) и шкале «Мотивация» опросника ASI-R ($p=0.030$) достоверно выше, чем у мужского пола. Количественные результаты согласуются с клинической картиной, в которой преобладает аффективно-тревожный компонент. Чрезмерная озабоченность внешним видом интерпретирована как проявление дисморфофобических расстройств в рамках шизофрении. В отличие от изолированной дисморфофобии, в данном случае подобные переживания менее систематизированы и часто сочетаются с другими симптомами [1, С.531–564]. Высокий уровень «мотивации» свидетельствует о наличии компульсивного компонента расстройства: женщины могут подолгу разглядывать себя в зеркале или, наоборот, стараться избегать зеркал и социальных ситуаций, что существенно затрудняет их адаптацию в обществе.

Корреляция между деперсонализацией и нарушением образа тела ($r=0.51$) указывает на общее психологическое основание этих явлений - глубокое нарушение «Я-концепции». Ощущения оторванности от реальности и потери контроля являются классическими признаками расстройств самовосприятия, которые определяются как «феномены отчуждения».

В контексте шизофрении это связано с нарушением ощущения принадлежности собственных мыслей, чувств и тела. Таким образом, искажение образа тела и деперсонализация представляют собой два взаимосвязанных проявления одного и того же дефекта — разрушения целостного восприятия



собственного «Я». При шизофрении страдает прежде всего регуляционная функция самосознания, что проявляется в невозможности произвольно контролировать свои психические процессы и телесные ощущения.

У мужчин не было выявлено значимых различий по общему баллу ASI-R ($p=0.207$), однако показатели CDS оказались значительно ниже, чем у женщин, что указывает на иную психопатологическую структуру. В данном случае на первый план выходит когнитивно-анестетический компонент.

Жалобы мужчин на «иллюзию излучения мозга» или «метаморфозы в организме» имеют характер сенестопатий с элементами ипохондрического бреда. Подобные переживания в большей степени связаны не с внешним восприятием, а с внутренними, протопатическими ощущениями, что типично для процессуальной шизофрении. Низкие показатели по шкале «Мотивация» ASI-R согласуются с усилением апато-абулического синдрома и эмоционального обеднения (негативных симптомов, которые чаще и ярче проявляются при мужском типе течения шизофрении). Эмоциональная отстранённость, внутренняя пустота и безразличие, выявленные с помощью методики CDS, феноменологически больше соответствуют не тревожному переживанию отчуждения, а холодной деперсонализации по типу ментальной анестезии (когда человек констатирует утрату чувств без эмоционального страдания). Соответственно, у мужского пола деперсонализация в большей степени связана с дефицитарной симптоматикой. Отсутствие позитивного принятия собственного тела у пациентов с шизофренией связано именно с нарушением базового чувства принадлежности, особенно у мужчин.

Исследование продемонстрировало, что у мужчин и женщин, страдающих шизофренией, наблюдаются различные психопатологические паттерны нарушений самовосприятия. Статистический анализ подтвердил, что у женского пола преобладает аффективно-дисморфофобический тип. Он выражается в более



сильном беспокойстве о внешности (шкала «Мотивация» ASI-R, ($p=0.030$) и в повышенной интенсивности ощущений деперсонализации (общий показатель CDS, ($p=0.046$)). Нарушение «Я-концепции» проявляется через искажение восприятия собственного тела, что приводит к развитию тревожной деперсонализации. Высокая корреляция ($r=0.51$) подтверждает взаимосвязь между этими симптомами, которые усиливают друг друга, создавая порочный круг. У мужчин же доминирует когнитивно-интегративный тип. В первую очередь у них нарушаются базовые аспекты самосознания (чувства самости), что приводит к возникновению генерализованных сенестопатически-бредовых переживаний, эмоциональному обеднению и апато-анестетической деперсонализации, которые являются следствием нарастания дефицитарной симптоматики.

Заключение

Одним из главных итогов исследования стало обнаружение статистически значимой корреляции средней силы между степенью нарушений образа тела и выраженностью деперсонализационных симптомов ($r=0.51$, $p=0.004$). Полученные результаты подчёркивают не только высокую распространённость деперсонализации и нарушений образа тела у пациентов с шизофренией, но и их взаимную обусловленность. Данный факт выявил общую патогенетическую основу рассмотренных явлений, которые связаны с нарушениями «Я-концепции» и границ самости в рамках шизофренического процесса.

Источники и литература / Sources and references:

1. Александровский Ю. А., Незнанов Н. Г. (ред.) Психиатрия: национальное руководство— 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1008 с.



2. Зейгарник Б. В. Патопсихология: учебник [<https://www.klex.ru/11n>]: — М.: Издательство Московского университета, издание 2-е. переработанное и дополненное, 1986. - 287 с.
3. Карвасарский Б. Д. (ред.) Клиническая психология: учебник для вузов: - 5-е изд., доп. -СПб.: Питер, 2022. - 960 с.
4. Жариков Н.М., Хритинин Д.Ф., Лебедев М. А. Справочник по психиатрии / Н.М. Жариков, Д.Ф. Хритинин, М. А. Лебедев. - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. - 440 с.
5. Крепелин Э. Учебник психиатрии / Пер. с 8-го нем. изд. -М., 1912. - Т. 1. -203 с.
6. Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. Л. О. Акопяна. - М.: КоЛибри, Азбука-Аттикус, 2020. - 311 с.
7. Cash T. F., Melnyk S. E., Hrabosky J. I. The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15048946/>]: // International Journal of Eating Disorders. - 2004. - Vol. 35, № 3. - P. 305–316.
8. Schilder P. The Image and Appearance of the Human Body Routledge, 1950. - 344 p.
9. Sierra M., Berrios G. E. The Cambridge Depersonalization Scale: A new instrument for the measurement of depersonalization // Psychiatry Research. — 2000. -Vol. 93, № 2. — P. 153–164.
10. Tylka T. L., Wood-Barcalow N. L. What is and what is not a positive body image? Conceptual foundations and construct definition // Body Image. - 2015. -Vol. 14. - P. 118–129.



**ДЕТЕРМИНАНТЫ ПЕРЕЖИВАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА
ЖИТЕЛЕЙ ПРИГРАНИЧЬЯ, ПОКИНУВШИХ
И ОСТАВШИХСЯ В ЗОНЕ ПЕРЕСЕЛЕНИЯ**

Тризна Е. В.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Курск

Научный руководитель – А. И. Блюм

Аннотация. В данной статье описаны детерминанты переживания травмирующего опыта жителей, оставшихся и покинувших приграничные районы Курской области. Произведено сравнение показателей у лиц, оставшихся и покинувших приграничные районы Курской области. Произведено сравнение доминирующих ценностей.

Ключевые слова: Курская область, посттравматическое стрессовое расстройство, ценности, приграничье.

**DETERMINANTS OF THE EXPERIENCE OF TRAUMATIC EXPERIENCE
OF BORDERLAND RESIDENTS WHO LEFT
AND REMAINED IN THE RESETTLEMENT AREA**

Trizna E.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific supervisor – A.I. Blum

Abstract. This article describes the determinants of experiencing traumatic experience of residents who remained and left the border areas of the Kursk region. A comparison of indicators in individuals who remained and left the border areas of the Kursk region. A comparison of dominant values.

Keywords: Kursk region, post-traumatic stress disorder, values, border region.



Введение

События августа 2024 года стали роковыми для несколько тысяч жителей приграничных районов Курской области. Людям в считанные минуты необходимо было собрать всё самое необходимое и покинуть дома. К сожалению, не всем удалось это сделать. Насчитываются тысячи раненых и погибших среди мирного населения. Многие вернулись в приграничные районы, но продолжающиеся боевые действия заставляют их жить в постоянном стрессе. Некоторые люди обосновались в новом месте, но всё равно не отпускают надежду вернуться обратно. Стрессовые факторы, связанные с военными действиями и вынужденным переселением, оказывают большое влияние на жителей, оставшихся и покинувших приграничные районы Курской области. Данное исследование позволяет понять как именно жители, покинувшие и оставшиеся в приграничных районах Курской области справляются с травмирующим опытом.

Ф. Е. Василюк в своих работах указывал, что одним из путей преодоления травмирующего опыта является деятельность по его переживанию.

Переживание травмирующего опыта может осуществляться с помощью совладающего поведения и психологических защит. [2]

Деятельность переживания может осуществляться с помощью «удачных» и «неудачных» способах.

Е. С. Мазур в своих работах отмечала, что преодоление травмирующей ситуации происходит за счёт процесса саморегуляции, имеющего несколько этапов: осознание травмирующего опыта, возобновление смыслов, восстановление прежнего образа жизни. [3]

Многие люди с целью преодоления травмирующего опыта могут прибегать к негативным способам в виде самоповреждающего поведения, компульсивному поведению, употреблению психоактивных веществ.



Не все люди прибегают к негативным способам преодоления травмирующих переживаний. Положительными способами могут являться занятия спортом, новое хобби, творчество, создания групп для помощи людям, находящимся в похожей ситуации. [5]

Р. Тадеш и Л. Калхаун в 1990 году занимались изучением понятия «посттравматический рост». Данный процесс связан с положительными изменениями личности, пережившей травматический опыт. [1]

М. Вагни указывал, что травмирующее событие может привести к изменению в ценностной сфере личности, что связано с изменением жизненной перспективы. [4]

Целью психотерапевтического вмешательства будет являться возвращение человека к нормальному функционированию. [1]

Цель исследования: исследование детерминант травмирующего опыта жителей, оставшихся и покинувших приграничные районы Курской области.

Объект: травмирующий опыт жителей, покинувших и оставшихся в приграничных районах Курской области.

Методы исследования: анкетирование; опросник эмоциональной дисрегуляции (Н.А. Польская, А.Ю. Разваляева); миссисипская шкала ПТСР (гражданский вариант); методика «Ценностные ориентации» М. Рокича, Методика диагностики склонности к 13 видам зависимостей (Г.В. Лозовая).

Выборка включила 2 группы, на основании места проживания: группа, покинувшая приграничные районы Курской области (18 человек); группа, оставшаяся в приграничных районах Курской области (26 человек). Возраст: от 18 до 70 лет. Методы обработки эмпирических данных: критерий U-критерий Манна-Уитни, критерий χ^2 Пирсона, описательная статистика (анализ средних тенденций – среднее, стандартное отклонение). Расчеты проводились с



использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 8.0 StatSoft.

Результаты

Обнаружены статистически значимые различия по параметрам: «Трудности ментализации», «ПТСР», «Пищевая зависимость».

Таблица 1

Сводная таблица данных жителей, покинувших и оставшихся в приграничных районах Курской области.

Показатель	P-level	Среднее		Стандартное отклонение	
		Покинувшие	Оставшиеся	Покинувшие	Оставшиеся
Трудности ментализации	0,000001	11, 55556	21,00000	2,32099	3,555556
ПТСР	0,027244	76, 44444	87,50000	10,81481	9,500000
Пищевая зависимость	0,032647	15,22222	12,66667	3,13580	2,814815

В группе жителей, оставшихся в приграничных районах Курской области выявлены более высокие данные по показателям «Трудности ментализации» и «ПТСР». Полученные данные свидетельствуют о нарушении способности к понимаю как собственных чувств, так и эмоций и поступков окружающих. Это может объясняться нарушениями в эмоциональной сфере, связанных с травмирующим опытом. Полученные данные по показателю «ПТСР» свидетельствуют о более выраженных симптомах посттравматического стрессового расстройства, связанных с действием травмирующего фактора.

В группе жителей, покинувших приграничные районы Курской области выявлены более высокие данные по показателю «Пищевая зависимость», что



говорит о нарушениях пищевого поведения, связанных со способом преодоления стресса.

С помощью частотного анализа критерием χ^2 Пирсона были выявлены следующие данные:

Таблица 2

Частота встречаемости терминальных ценностей

Терминальные ценности	Покинувшие	Оставшиеся
Здоровье	44%	38%
p-level	p = 0,07197	

Доминирующей ценностью в обеих группах является «Здоровье», что свидетельствует о важности сохранения и поддержания физического и психического здоровья, а также сохранения своей жизни в опасных условиях, в которых находятся жители, оставшиеся в приграничных районах Курской области.

Таблица 3

Частота встречаемости инструментальных ценностей

Инструментальные ценности	Покинувшие	Оставшиеся
Ответственность	22%	4%
Аккуратность	6%	27%
p-level	p=0,06726	

В группе жителей, покинувших приграничные районы Курской области, доминирующей ценностью является «Ответственность», что свидетельствует о важности для данной группы людей способности принимать важные решения в



своей жизни, связанные с переездом, поиском жилья и новой работы. В группе жителей, оставшихся в приграничных районах Курской области, доминирующей ценностью является «Аккуратность», что свидетельствует о важности для данной группы людей быть внимательными и бдительными, что может быть связано с повышенным уровнем опасности в зоне переселения.

Заключение

Из полученных данных следует, что жители, оставшиеся в приграничных районах Курской области, имеют более высокий уровень ПТСР, а также нарушения в эмоциональной сфере, связанные с трудностями распознавания эмоций и чувств. Доминирующими ценностями являются «Здоровье» и «Аккуратность», что говорит о важности физического благополучия и повышенной бдительности. Жители, покинувшие приграничные районы Курской области используют расстройства пищевого поведения как способ совладания со стрессом. Доминирующими ценностями являются «Здоровье» и «Ответственность», что говорит о важности физического благополучия и способности нести ответственность за свою жизнь.

Источники и литература/Sources and references:

1. Близнюк А. И. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у комбатантов: клиника, диагностика, коррекция // Военная медицина. 2006 №1.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М.,1984.
3. Мазур Е.С. Смысловая регуляция деятельности. Автореф. канд. дисс., М., 1983.
4. Одинцова М. А. Психология жизнестойкости. М.: ФЛИНТА, 2020. 292с.
5. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2002. 656 с.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ОБУЧЕНИИ. ФЕНОМЕН КОЛЛЕКТИВНОЙ АТРОФИИ

Тюкленкекова У. А.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – С.А. Юдин

Аннотация. В представленной статье исследуются деструктивные аспекты интеграции нейросетей в систему высшего образования через призму концепций Л.С. Выготского и А.Р. Лурии. Автор акцентирует внимание на парадоксе «интеллектуального аутсорсинга», провоцирующем развитие системной когнитивной атрофии — процесса деградации аналитических способностей и редукции критического восприятия у студентов. В статье подробно анализируется механизм «функционального замещения», при котором делегирование когнитивных задач алгоритмам ИИ приводит к ослаблению нейропластичности и утрате субъектной идентичности. Автор ставит вопрос о сохранности высших психических функций в условиях цифровой медиации, указывая на риск девальвации творческого потенциала личности. Итогом исследования становится обоснование превентивного психолого-педагогического комплекса, направленного на поддержание интеллектуальной автономности и предотвращение когнитивного инфантилизма в современной информационной среде.

Ключевые слова: нейропсихологические риски, цифровизация сознания, субъектность, когнитивный резерв, интеллектуальная деградация, опосредование психики.



THE USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN EDUCATION. THE PHENOMENON OF COLLECTIVE ATROPHY

Tyuklenkekova U. A.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific supervisor – S.A. Yudin

Abstract. This article explores the destructive aspects of integrating neural networks into the higher education system through the lens of the concepts of L.S. Vygotsky and A.R. Luria. The author focuses on the paradox of "intellectual outsourcing," which can lead to the development of systemic cognitive atrophy, a process of degradation of analytical abilities and reduction of critical perception in students. The article delves into the mechanism of "functional substitution," where the delegation of cognitive tasks to AI algorithms can weaken neuroplasticity and lead to a loss of subjective identity. The author raises the issue of the preservation of higher mental functions in the context of digital mediation, pointing out the risk of devaluation of an individual's creative potential. The study concludes with the justification of a preventive psychological and pedagogical complex aimed at maintaining intellectual autonomy and preventing cognitive infantilism in the modern information environment.

Keywords: neuropsychological risks, digitalization of consciousness, subjectivity, cognitive reserve, intellectual degradation, and mediation of the psyche.

Стремительное внедрение больших языковых моделей (LLM) в образование породило феномен, который с тревогой описывают преподаватели по всему миру: студенты массово делегируют процесс решения задач и написание текстов искусственному интеллекту. Профессор Нортумбрийского университета Кимберли Хардкасл называет это «интеллектуальной



революцией», подчеркивая, что опасность кроется не столько в плагиате, сколько в передаче самого процесса мышления «черному ящику» алгоритмов [4].

Однако для клинической психологии этот процесс не является чем-то невиданным. С позиций культурно-исторической теории Льва Выготского и нейропсихологии Александра Лурии мы наблюдаем не просто технологический прогресс, а формирование патогенетического механизма, который можно обозначить как «коллективная атрофия высших психических функций». В центре этой проблемы лежит парадокс «интеллектуального аутсорсинга».

Суть современного когнитивного искажения заключается в следующем: студент способен представить сложный, хорошо структурированный текст (результат), полностью минуя стадию внутренней работы над ним (процесс). Данные показывают, что около 39.3% взаимодействий студентов с ИИ касаются создания учебного контента, а еще 33.5% — это прямые запросы на решение задач [4].

Результат достигается, но психическая функция не формируется. В этом и состоит парадокс: внешний продукт есть, а внутреннего новообразования нет. Происходит то, что можно назвать «когнитивной ампутацией» — орган мышления заменяется внешним протезом. Если раньше поиск в информационных источниках требовал от пользователя хотя бы верификации источников, то современный ИИ избавляет от сомнений, предлагая «готовую истину», что снижает нейронную активность в зонах, отвечающих за глубокую обработку информации.

Центральным понятием для понимания этой угрозы является концепция интериоризации Л.С. Выготского. Высшие психические функции, согласно его теории, появляются на сцене дважды: сначала как взаимодействие между людьми (интерпсихический процесс), а затем как внутренняя деятельность личности (интрапсихический процесс) [1]. Орудие (знак), используемое во



внешней среде, должно быть «вращено» внутрь [1]. При использовании ChatGPT мы сталкиваемся с нарушением этого фундаментального перехода. Искусственный интеллект выступает не как психологическое орудие, опосредующее овладение собственным поведением и мышлением, а как замещающий субъект. Студент не управляет своим познанием с помощью ИИ; он делегирует познание ИИ. Разница принципиальна: в классической схеме Выготского орудие служит средством овладения операцией, которая затем становится внутренней. В случае «интеллектуального аутсорсинга» орудие (нейросеть) выполняет операцию целиком и навсегда остается вовне. Зона ближайшего развития (ЗБР) не актуализируется — студент не решает задачу с помощью «более знающего другого», а просто получает готовый ответ, который невозможно присвоить, потому что он не был рожден в напряжении мысли. Результатом становится системная атрофия способности к самостоятельному смыслопорождению.

Если Выготский объясняет, почему не формируется функция, то модель А.Р. Лурии объясняет, как именно она разрушается [3]. В нейропсихологии ключевым этапом любого целенаправленного действия является афферентный синтез — сбор, обработка и интеграция разрозненных сигналов из разных источников (внешней среды, памяти, внутренних потребностей) перед принятием решения. Используя современные LLM, мы искусственно выключаем этот механизм [3]. Модель синтеза Лурии предполагает обязательную паузу и усилие по сбору сигналов [3].

ИИ уничтожает эту паузу. Вместо аналитического процесса взвешивания противоречий и сличения сенсорных и смысловых полей человек получает мгновенный «синтезированный» ответ, в создании которого не участвовали его собственные корковые структуры. Разработчики современных систем ИИ уже сталкиваются с этим феноменом у самих машин, диагностируя «нарушения» по



луриевским слоям: эхолалия (повторы), контаминация (смешение контекстов) и поспешные выводы при недостатке контекста [2]. Когда живой студент работает по аналогичной патологической схеме, у него формируется внешне схожий тип когнитивного дефицита: неспособность выстроить развернутое речевое высказывание без опоры на внешнюю подсказку, затруднение в выделении существенных признаков объекта. В терминах Лурии это похоже на «лобный синдром», вызванный не органическим поражением, а средовым фактором: формальная сохранность интеллекта (возможность прочесть и скопировать текст) при распаде контроля за собственным поведением и невозможности постановки задачи.

Термин «коллективная атрофия» отражает накопление ошибок на уровне популяции. В этом процессе важны два аспекта:

1. Петля обратной связи в обучении ИИ. Исследования показывают, что от 33% до 46% людей, нанятых для обучения нейросетей, сами делегируют эту работу другим нейросетям [5]. Сгенерированные данные, содержащие искажения, используются для дообучения следующих версий ИИ, что ведет к «коллапсу модели» и нарастанию когнитивного мусора [5]. Замыкается круг: человек, мыслящий с помощью уже деградировавшего ИИ, передает этому ИИ для обучения свой упрощенный, лишенный нюансов результат.

2. Утрата культурного эталона. Высшие психические функции по Выготскому усваиваются через эталоны, зафиксированные в культуре. Сегодня эти эталоны (тексты, логика аргументации) размываются алгоритмической «нормой». Ориентировка идет не на научный факт, а на «качество объяснения» нейросетью, что ведет к атрофии критического мышления у целого поколения.

Обучение будущего врача представляет собой уникальную когнитивную задачу, принципиально отличную от многих других образовательных траекторий. Медицинское мышление — это не просто усвоение массива фактов,



а формирование сложнейшей функциональной системы, способной в условиях неопределенности и временного дефицита проводить дифференциальную диагностику, сопоставляя разрозненные симптомы в целостный синдром. Именно эта система оказывается в зоне прямого риска при бесконтрольном внедрении технологий искусственного интеллекта в учебный процесс. Феномен «коллективной атрофии» в медицинском образовании приобретает не просто академическое, но буквально витальное измерение.

Александр Романович Лурия, создавая отечественную нейропсихологию, разработал метод синдромального анализа как способ квалификации дефекта — выявления первичного нарушенного звена и вторичных системных следствий. Этот же метод является сердцевиной врачебного диагностического мышления. Клиницист собирает анамнез, анализирует данные осмотра, лабораторных и инструментальных исследований, вычленяет ключевой синдром и лишь затем формулирует нозологический диагноз. Каждый из этих этапов требует того, что Лурия называл «афферентным синтезом» - сложнейшей интеграции разнородной информации [3].

Когда студент-медик делегирует дифференциальную диагностику большой языковой модели, из этого процесса выпадает самое существенное — самостоятельное прохождение этапа сличения и отбора признаков. Нейросеть может предложить вполне правдоподобный перечень нозологий, но она не воспроизводит (и не может воспроизвести) ту внутреннюю работу по взвешиванию клинических данных, которая только и формирует врачебную интуицию. Многократное повторение такого «аутсорсинга» ведет к атрофии самой способности к синдромальному анализу. Внешне результат сохранен (диагноз назван), но внутренний нейропсихологический механизм его порождения не сформирован. Это классическая модель «коллективной атрофии», перенесенная на почву клинического мышления.



Согласно Льву Выготскому, высшие психические функции возникают в сотрудничестве с «более знающим другим» [1]. В медицинском образовании таким другим традиционно выступает преподаватель-клиницист, который не просто транслирует знание, а организует совместное решение диагностической задачи непосредственно у постели больного. Процесс интериоризации здесь происходит через проговаривание диагностического алгоритма, совместное обсуждение противоречий, наводящие вопросы наставника [1]. Именно в этом диалогическом пространстве оформляется клиническое мышление как внутренняя речь врача.

Искусственный интеллект, предлагая готовый ответ, грубо обрывает эту необходимую стадию. Он имитирует присутствие «знающего», но не способен создать зону ближайшего развития, поскольку лишен педагогической интенции и не может оценить, на каком именно этапе рассуждения студент испытывает трудность. Коммуникация с машиной редуцирует диалог до одностороннего запроса. Опасность здесь не столько в возможной ошибке ИИ, сколько в том, что студент перестает испытывать потребность в напряженном совместном мышлении с преподавателем и, как следствие, не присваивает саму логику диагностического поиска.

В современной клинической психологии проблема технологической медиации психических процессов приобретает статус экзистенциального вызова. Опираясь на фундаментальные труды Л.С. Выготского, мы рассматриваем развитие сознания как процесс освоения внешних «психологических орудий» [1]. Однако интеграция ИИ в обучение порождает парадокс «интеллектуального аутсорсинга»: когда внешнее средство (нейросеть) не дополняет психическую функцию, а полностью замещает её, блокируя этап интериоризации.



С позиции нейропсихологии А.Р. Лурии, формирование функциональных систем мозга происходит лишь в условиях активного преодоления трудностей, и решения операциональных задач. Делегирование аналитических и прогностических операций алгоритмам ведет к функциональной дезактивации корковых структур. Мы сталкиваемся с феноменом коллективной атрофии - системным упрощением когнитивной архитектуры личности, при которой высшие психические функции (память, воображение, целеполагание) утрачивают свою произвольность и осознанность [3]. Особую тревогу вызывает деформация временного континуума личности. ИИ, обеспечивая мгновенный результат, ликвидирует «процессуальность» мышления, превращая обучение в дискретный набор готовых ответов. Это ведет к потере связи между приложенным усилием и полученным знанием.

Нами предлагается комплекс методических инструментов, направленных на коррекцию использования ИИ в обучении:

1. Обучающийся должен осознать процесс накопления опыта как уникальный нейропсихологический капитал, который невозможно делегировать внешней системе без утраты когнитивной устойчивости.
2. Стабилизация психологического настоящего нацелена на преодоление «когнитивного автоматизма». Инструменты направлены на восстановление субъектности в моменте «здесь и сейчас», где ИИ выступает лишь как техническое средство, а не как замещающий интеллект.
3. Проектирование психологического будущего ориентировано на восстановление способности к самостоятельному вероятностному прогнозированию. В эпоху, когда нейросети предлагают готовые сценарии, критически важно вернуть личности навык волевого построения жизненного пути, не опирающегося на алгоритмические подсказки.



Заключение

Использование ИИ в обучении, осмысленное через призму наследия Выготского и Лурии, предстает не как эволюционный скачок, а как риск системного регресса к внешнеопосредованной, но внутренне пустой деятельности. Нейросеть способна стать полезным психологическим орудием только тогда, когда она помогает осуществлять сбор сигналов (афферентный синтез) и строить гипотезы, а не заменяет эти процессы своей «черной коробкой». Преодоление когнитивного регресса в цифровую эпоху требует не отказа от технологий, а качественной перестройки внутренней архитектуры деятельности. Гармонизация временной перспективы позволяет субъекту сохранить статус «автора» своего интеллекта, предотвращая атрофию тех функций, которые делают человека способным к творческому и самостоятельному бытию.

Источники и литература / Sources and references:

1. Выготский Л. С. Мышление и речь. Воображение. — М.: Эксмо, 2009 — 336 с.
2. Лурия для ИИ: урок нейропсихологии // Инфостарт URL: <https://infostart.ru/1c/articles/2670808/> (дата обращения: 09.05.26).
3. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования / А.Р.Лурия. — 8-е изд., стер. — М.: Издательский центр «Академия», 2013 — 384 с.
4. Мозги на аутсорсе // Content-Review URL: <https://www.content-review.com/articles/69555/> (дата обращения: 09.05.26).



**ЛИЧНОСТНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ВЫБОРА КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ
У КУРСАНТОВ АКАДЕМИИ МВД И СТУДЕНТОВ
ГРАЖДАНСКИХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ**

Умарова С. С.

Кафедра служебной психологии и профессиональной культуры

Академия МВД Республики Узбекистан

Научный руководитель: А. С. Кодиркулов

Аннотация. В тезисе анализируются личностные факторы, определяющие особенности выбора копинг-стратегий у курсантов Академии МВД и студентов гражданских вузов. На основании сравнительного исследования показано, что курсанты в большей степени ориентированы на активные, ассертивные и планомерные способы преодоления стрессовых ситуаций, тогда как студенты гражданских вузов чаще демонстрируют склонность к избеганию и импульсивным формам реагирования. Выявлено, что экстраверсия, добросовестность и доброжелательность могут рассматриваться как личностные ресурсы конструктивного совладания, в то время как нейротизм связан с менее адаптивными способами реагирования на стресс. Обосновывается необходимость целенаправленного формирования копинг-компетентности, стрессоустойчивости и навыков саморегуляции у обучающихся с учётом их индивидуально-личностных особенностей.

Ключевые слова: копинг-стратегии, совладающее поведение, курсанты Академии МВД, студенты гражданских вузов, стрессоустойчивость, Большая пятёрка, личностные детерминанты, самоконтроль, нейротизм, психологическое сопровождение.



**PERSONALITY PREDICTORS OF COPING STRATEGY CHOICE
AMONG CADETS OF THE ACADEMY OF THE MINISTRY OF INTERNAL
AFFAIRS AND STUDENTS OF CIVILIAN HIGHER EDUCATION
INSTITUTIONS**

Umarova S. S.

*Department of Service Psychology and Professional Culture
Academy of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Uzbekistan
Scientific supervisor: A.S. Kodirkulov*

Abstract. The thesis analyzes personality factors that determine the specific features of coping strategy choice among cadets of the Academy of the Ministry of Internal Affairs and students of civilian higher education institutions. Based on a comparative study, it is shown that cadets are more oriented toward active, assertive, and planned ways of coping with stressful situations, whereas students of civilian universities more often demonstrate a tendency toward avoidance and impulsive forms of response. It was revealed that extraversion, conscientiousness, and agreeableness may be regarded as personality resources for constructive coping, while neuroticism is associated with less adaptive ways of responding to stress. The need for the purposeful development of coping competence, stress resistance, and self-regulation skills among students is substantiated, taking into account their individual personality characteristics.

Keywords: coping strategies, coping behavior, cadets of the Academy of the Ministry of Internal Affairs, students of civilian universities, stress resistance, Big Five, personality determinants, self-control, neuroticism, psychological support.

Профессиональная подготовка курсантов Академии МВД проходит в условиях значительной учебной, дисциплинарной и психологической напряжённости. Будущая служба в органах внутренних дел предполагает готовность действовать в стрессовых, неопределённых и потенциально



экстремальных обстоятельствах, что требует развитой психологической устойчивости, способности к самоконтролю и владения конструктивными способами преодоления трудностей. В связи с этим изучение копинг-стратегий курсантов ведомственных образовательных организаций в сопоставлении со студентами гражданских вузов приобретает как научную, так и прикладную значимость.

В современной психологии копинг понимается как совокупность когнитивных и поведенческих усилий личности, направленных на преодоление внешних и внутренних требований, которые воспринимаются человеком как превышающие его актуальные ресурсы [1]. В отличие от психологических защит, которые чаще носят автоматизированный и не всегда осознаваемый характер, копинг-стратегии в большей степени связаны с осознанным выбором способов реагирования на стрессовую ситуацию [2]. От эффективности совладающего поведения во многом зависят успешность адаптации, уровень психологического благополучия и устойчивость личности к неблагоприятным воздействиям.

В научных исследованиях обычно выделяются проблемно-ориентированные и эмоционально-ориентированные стратегии совладания. Проблемно-ориентированные способы предполагают анализ ситуации, поиск оптимального решения, планирование действий и устранение источника затруднения. Эмоционально-ориентированные стратегии направлены преимущественно на снижение внутреннего напряжения, переработку эмоциональных переживаний либо дистанцирование от проблемы. Данные исследований показывают, что активные и продуктивные формы совладания способствуют более успешной адаптации, тогда как избегание, импульсивные реакции и чрезмерная эмоциональная фиксация могут снижать способность личности эффективно решать возникающие задачи [5].



В концепции С. Хобфолла копинг-поведение рассматривается через соотношение активности и пассивности, а также просоциальной и асоциальной направленности реагирования. На этой основе выделяются ассертивные действия, вступление в социальный контакт, поиск социальной поддержки, осторожные действия, импульсивные действия, избегание, непрямые действия, асоциальные и агрессивные формы поведения [3]. Данная модель даёт возможность более детально анализировать поведение человека в стрессовой ситуации, поскольку учитывает не только направленность на решение проблемы, но и социальный характер используемых стратегий.

Исследование было ориентировано на сравнительное изучение копинг-стратегий курсантов Академии МВД и студентов гражданских вузов с учётом их личностных характеристик в рамках модели «Большой пятёрки». В исследовании приняли участие 198 человек в возрасте от 18 до 22 лет, включая 100 курсантов Академии МВД и 98 студентов гражданских высших учебных заведений. Для диагностики совладающего поведения применялась методика «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» SACS С. Хобфолла в адаптации Н. Е. Водопьяновой и Е. С. Старченковой [4]. Личностные особенности изучались с использованием Пятифакторного личностного опросника в адаптации А. Б. Хромова [6]. Статистическая обработка результатов проводилась с применением t-критерия Стьюдента для независимых выборок и корреляционного анализа Спирмена при уровне значимости $p < 0,05$.

Полученные результаты показали наличие статистически значимых различий в профиле копинг-стратегий курсантов Академии МВД и студентов гражданских вузов. Курсанты продемонстрировали более высокие показатели по шкалам ассертивных и осторожных действий. Это свидетельствует о том, что они чаще используют активные, прямые, проблемно-ориентированные и планирующие способы преодоления стрессовых ситуаций. Ассертивные



действия отражают способность личности уверенно и конструктивно отстаивать свою позицию, принимать решения и действовать в условиях трудности. Осторожные действия характеризуют склонность к предварительному анализу ситуации, планированию и осмысленному выбору поведения.

Студенты гражданских вузов, напротив, чаще демонстрировали стратегии избегания и импульсивного реагирования. Избегание указывает на стремление уйти от решения проблемы, снизить контакт со стрессовой ситуацией или отложить необходимость принятия решения. Импульсивные действия отражают склонность реагировать под влиянием текущих эмоций без достаточного анализа последствий. Такие формы копинга могут временно снижать напряжение, однако в долгосрочной перспективе они препятствуют эффективной адаптации и конструктивному преодолению трудностей [5].

Сравнительный анализ также показал, что обе группы в сходной степени используют социальный контакт и поиск социальной поддержки. Это означает, что как курсанты, так и студенты признают значимость обращения к окружающим, коммуникации и получения помощи в стрессовых ситуациях. При этом асоциальные формы копинга в обеих группах выражены слабо, что свидетельствует об отсутствии выраженной тенденции к нарушению социальных норм как способу преодоления стресса.

Личностный профиль курсантов Академии МВД отличается более высоким уровнем самоконтроля, добросовестности и эмоциональной устойчивости по сравнению со студентами гражданских вузов. Курсанты в большей степени характеризуются дисциплинированностью, организованностью, ответственностью и способностью контролировать собственное поведение. Кроме того, у них выявлен более низкий уровень нейротизма, что указывает на меньшую тревожность, эмоциональную возбудимость и склонность к дезорганизации поведения в стрессовой ситуации.



Данные особенности могут быть связаны как со спецификой профессионального отбора в ведомственный вуз, так и с условиями обучения, где большое значение имеют дисциплина, регламентация поведения и подготовка к деятельности в условиях повышенной ответственности.

У студентов гражданских вузов по сравнению с курсантами чаще проявляются нейротизм, импульсивность и склонность к избеганию трудностей. Это не означает обязательной дезадаптации, однако указывает на большую вероятность использования менее продуктивных форм реагирования на стресс. В условиях учебной нагрузки, неопределённости профессионального будущего и личностного становления такие особенности могут усиливать риск эмоционального напряжения, тревожности и неэффективного поведения в сложных ситуациях.

Корреляционный анализ подтвердил значимую связь между личностными характеристиками и выбором копинг-стратегий. Экстраверсия положительно связана с ассертивными действиями и вступлением в социальный контакт, а отрицательно – с избеганием. Это означает, что более общительные, активные и социально включённые испытуемые чаще стремятся действовать прямо, взаимодействовать с окружающими и не уходить от решения проблемы. Данный результат согласуется с представлениями о том, что экстраверсия способствует более активному и социально ориентированному преодолению стресса [10].

Доброжелательность положительно связана с поиском социальной поддержки и отрицательно – с агрессивными и асоциальными действиями. Следовательно, лица с более выраженной эмпатичностью, мягкостью и ориентацией на сотрудничество чаще обращаются за помощью и реже используют конфликтные или нарушающие нормы способы поведения. Это подчёркивает значение межличностной зрелости и социальной направленности личности в формировании конструктивного копинга.



Добросовестность положительно связана с осторожными и асертивными действиями, а отрицательно – с импульсивностью. Чем выше уровень организованности, ответственности и самоконтроля, тем чаще человек склонен планировать свои действия, оценивать последствия и выбирать продуманные способы преодоления трудностей. Данный результат особенно важен применительно к курсантам Академии МВД, поскольку добросовестность и самоконтроль являются профессионально значимыми качествами будущего сотрудника органов внутренних дел.

Нейротизм, напротив, положительно связан с избеганием и импульсивными действиями, а отрицательно – с осторожным и асертивным поведением. Это показывает, что эмоциональная нестабильность, тревожность и высокая чувствительность к стрессу повышают вероятность хаотичного, пассивного или неэффективного реагирования. Лица с высоким нейротизмом могут испытывать трудности в сохранении самообладания, планировании поведения и конструктивном решении проблемы. Подобные данные согласуются с результатами исследований, в которых нейротизм рассматривается как фактор риска в стрессовых ситуациях [6].

Таким образом, личностные особенности выступают важными детерминантами совладающего поведения. Экстраверсия, добросовестность и доброжелательность могут рассматриваться как ресурсные факторы, способствующие активному, социально ориентированному и конструктивному копингу. Нейротизм, напротив, является фактором риска, связанным с избеганием, импульсивностью и снижением эффективности совладания. Эти данные подтверждают необходимость учитывать личностный профиль обучающихся при разработке программ психологического сопровождения, профилактики стресса и формирования копинг-компетентности.



Полученные результаты имеют важное практическое значение для системы психологического сопровождения курсантов Академии МВД и студентов гражданских вузов. В отношении курсантов целесообразно продолжать развивать навыки саморегуляции, стрессоустойчивости, конструктивного общения и эмоционального контроля. Несмотря на более адаптивный копинг-профиль, у части курсантов может сохраняться тенденция к агрессивному реагированию на стресс, что требует профилактической работы, направленной на развитие эмоциональной гибкости, навыков деэскалации конфликтов и ненасильственных способов реагирования.

В отношении студентов гражданских вузов особого внимания требуют стратегии избегания и импульсивного поведения. Для данной группы актуальны тренинги планирования, принятия решений, самоконтроля, стресс-менеджмента и развития ответственности за собственное поведение. Поскольку студенты чаще склонны уходить от проблемы или реагировать ситуативно, психологическая работа должна быть направлена на формирование навыков анализа стрессовой ситуации, поиска ресурсов, постановки целей и последовательного решения трудностей.

Результаты исследования также могут использоваться при совершенствовании психологического отбора и сопровождения в ведомственных образовательных организациях. Выявление обучающихся с повышенным нейротизмом, сниженным самоконтролем, склонностью к избеганию или импульсивным действиям позволяет своевременно относить их к группе психологического риска и проводить адресные профилактические мероприятия. В целом исследование подтверждает, что курсанты Академии МВД демонстрируют более адаптивный профиль совладающего поведения по сравнению со студентами гражданских вузов. Они чаще используют активные, планирующие и конструктивные стратегии, обладают более выраженной



добросовестностью и эмоциональной устойчивостью. Студенты гражданских вузов чаще прибегают к избеганию и импульсивным действиям, что указывает на необходимость дополнительной профилактической и развивающей работы. Установленные связи между копинг-стратегиями и личностными чертами позволяют рассматривать личностные факторы как значимые предикторы успешности совладания со стрессом.

Следовательно, формирование эффективных копинг-стратегий должно рассматриваться как важное направление психологической подготовки молодёжи. Для курсантов Академии МВД это имеет особое значение, поскольку будущая служебная деятельность требует способности сохранять самообладание, принимать решения в условиях неопределённости, конструктивно взаимодействовать с людьми и не допускать дезадаптивных форм реагирования. Для студентов гражданских вузов развитие копинг-компетентности также является важным условием успешной учебной, профессиональной и личностной адаптации. Комплексные программы стрессоустойчивости, психологического сопровождения и развития личностных ресурсов могут способствовать снижению рисков дезадаптации и повышению эффективности поведения в стрессовых ситуациях.

Источники и литература / Sources and references:

1. Lazarus R.S., Folkman S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
2. Нартова-Бочавер С.К. (1997). «Копинг-поведение» в системе понятий психологии личности. Психологический журнал, 18(5), 20–30.
3. Hobfoll S.E., Dunahoo C.L., Ben-Porath Y., & Monnier J. (1994). Gender and coping: The dual-axis model of coping. American Journal of Community Psychology, 22(1), 49–82.



4. Водопьянова, Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – Санкт-Петербург : Питер, 2009. – 336 с.
5. Крюкова, Т. Л. Возрастные и кросскультурные различия в стратегиях совладающего поведения / Т. Л. Крюкова // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26, № 2. – С. 5–15.
6. Крюкова, Т. Л. Методы изучения совладающего поведения: три шкалы копинга / Т. Л. Крюкова. – Кострома : Изд-во КГУ им. Н. А. Некрасова, 2010.

ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Устьянцева Д. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Научный руководитель – А. А. Яковлева

Аннотация. В статье представлен анализ современных проблем детско-родительских отношений в контексте трех ключевых вызовов: цифровой трансформации семейного взаимодействия, последствий глобальных кризисов (на примере пандемии COVID-19) и институциональных изменений. На основе обзора эмпирических исследований 2025-2026 гг. рассматриваются механизмы влияния качества детско-родительских отношений на психологическое благополучие детей и подростков. Особое внимание уделяется феномену «сверхродительства» (overparenting) как дезадаптивной стратегии совладания с тревогой, а также двойственной роли цифровых технологий — как ресурса поддержания связи и как фактора «техноференции», разрушающей непосредственное общение. Показано, что детско-родительские отношения выступают ключевым медиатором в трансмиссии стресса от родителя к ребенку



и одновременно буфером, снижающим негативное влияние внешних факторов. В заключении предлагаются направления психолого-педагогической поддержки семьи в современных условиях.

Ключевые слова: детско-родительские отношения, сверхродительство, цифровизация, техноференция, родительский стресс, привязанность, постпандемийная адаптация.

PROBLEMS OF PARENT-CHILD RELATIONSHIPS IN THE MODERN WORLD

Ustyantseva D. A.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University

Ministry of Health of Russia, Kemerovo, Russia

Scientific supervisor - A. A. Yakovleva

Abstract. The article presents an analysis of modern problems of parent-child relations in the context of three key challenges: digital transformation of family interaction, consequences of global crises (on the example of the COVID-19 pandemic), and institutional changes. Based on a review of empirical studies in 2025-2026, the mechanisms of the impact of the quality of parent-child relations on the psychological well-being of children and adolescents are considered. Special attention is paid to the phenomenon of "overparenting" as a maladaptive strategy for coping with anxiety, as well as the dual role of digital technologies as a communication resource and as a factor of "technoference" that destroys direct communication. It is shown that the child-parent relationship is a key mediator in the transmission of stress from parent to child and at the same time a buffer that reduces the negative impact of external factors. In conclusion, the directions of psychological and pedagogical support of the family in modern conditions are proposed.



Keywords: parent-child relationships, overparenting, digitalization, technophobia, parental stress, attachment, and post-pandemic adaptation.

Введение

Детско-родительские отношения традиционно рассматриваются в психологии как фундаментальный фактор развития личности, эмоционального благополучия и социализации ребенка. Однако в последние десятилетия институт семьи сталкивается с беспрецедентными по своей глубине и скорости трансформациями, обусловленными цифровой революцией, глобальной нестабильностью и сдвигом культурных ценностей. Современный мир предъявляет новые требования к родительству, порождая как ранее неизвестные феномены (например, «сверхродительство» в цифровой среде), так и обостряя традиционные дилеммы между контролем и автономией, заботой и гиперопекой, эмоциональной близостью и материальным обеспечением.

Семья-это не только отдельная ячейка общества, это целая система взаимоотношений между людьми. Это социальная единица, внутри которой формируются жизненные ценности, убеждения. В каждой стране, в каждом регионе, в каждой национальности существуют отдельные семейные ценности. Например, Татарский народ веками выстраивал семейные отношения в соответствии с законами Корана и Шариата -эти религиозные принципы легли в основу его культуры и традиций. Для татар вера — не просто часть жизни, а её важнейшая опора и духовный стержень [1]. В российской культурной традиции семья исторически выступала как пространство межпоколенческой связи, объединяющее родственников разных возрастов.

Воспитательный процесс в такой семье был нацелен на передачу младшему поколению духовно-нравственных и этнокультурных ценностей [2]. Несомненно, каждая семья-это отдельная культура и взаимоотношения в каждой



из них носят исключительно индивидуальный характер, так же, как и процесс воспитания детей. В большинстве случаев детско-родительские взаимоотношения носят положительный характер. Родители активно принимают участие в воспитании детей, поддерживают между друг другом доверительные отношения. Дети же, в свою очередь, по мере взросления, «открывают душу» своим родителям, могут поделиться своими мыслями, переживаниями, мечтами и целями. Но, к сожалению, не во всех семьях существуют такие модели воспитания и взаимоотношений. Существуют такие семьи, в которых родители либо чрезмерно заботятся о своих детях, не давая им вдохнуть глоток свободы, либо наоборот пренебрегают воспитанием детей, бросая их на произвол судьбы.

Цель настоящей статьи - систематизировать актуальные эмпирические данные о проблемах детско-родительских отношений в современном мире, выделив три магистральных направления анализа: (1) влияние цифровых технологий на структуру и качество семейного взаимодействия; (2) последствия глобальных стрессоров (пандемия, экономическая нестабильность) как усилителей родительского стресса и дезадаптивных паттернов воспитания; (3) трансформацию ценностных оснований детско-родительских отношений в условиях модернизации.

Методологическую основу работы составляет системный подход к семье, в рамках которого детско-родительские отношения рассматриваются как динамическая, саморегулирующаяся система, испытывающая влияние множества факторов на микро- (внутрисемейное взаимодействие), мезо- (цифровая среда, школа) и макроуровне (социально-экономические условия, культурные нормы).

Объекты и методы исследования

Проведен анализ литературы, посвященной семейной психологии, видов детско-семейных отношений и их воздействие на дальнейшую жизнь ребенка.



Результаты и их обсуждение

Современная семья переживает различные кризисы на всем своем пути становления и развития. Различные социально-экономические трудности вносят свои коррективы в семейный быт. В настоящее время многие родители уделяют больше времени своей работе, чем воспитанию детей. Ввиду этого дети все чаще уходят в себя, становятся замкнутыми и не доверяют своим родителям. Но есть и другая сторона медали. Некоторые родители, в основном матери, стараются уделять чрезмерно много внимания своим детям, начинают опекают их, не давая им самостоятельно принимать решение. Такие матери действуют исключительно ради хорошей жизни своих детей. Но даже такие методы воспитания откладывают отпечаток на жизнь ребенка.

Крайг Г. разработала исчерпывающую классификацию стилей родительского поведения - она включает четыре стиля и опирается на исследования Д. Бомбринд, а также Маккоби и Мартин.

В основе классификации лежат два ключевых фактора воздействия на ребёнка в семье:

Родительский контроль - отражает степень выраженности запретительных тенденций со стороны родителей и проявляется в требованиях к выполнению детьми своих обязанностей. По сути, это целенаправленное влияние на деятельность ребёнка.

Родительская теплота — показывает, насколько родители проявляют любовь и одобрение по отношению к ребёнку (через похвалу и поддержку) либо, напротив, прибегают к критике и наказаниям.

Стили родительского поведения различаются именно по соотношению этих двух параметров — уровня контроля и степени эмоциональной теплоты.

1. Авторитетный стиль (высокий контроль + высокая теплота)

Характеризуется:



- твёрдым, но гибким контролем за поведением ребёнка;
- поощрением открытого общения и обсуждения семейных правил;
- прозрачностью решений: требования не кажутся детям произвольными или несправедливыми;
- сочетанием чётких границ с тёплыми, поддерживающими отношениями.

Последствия для ребёнка (по данным Баумринд):

- хорошая социальная адаптация;
- уверенность в себе;
- высокая самооценка;
- успешность в учёбе.

2. Авторитарный стиль (высокий контроль + низкая теплота)

Характеризуется:

- жёсткими требованиями и правилами, которые не подлежат обсуждению;
- минимальным уровнем эмоциональной поддержки;
- закрытостью родителей для постоянного общения с детьми;
- стремлением добиться полного послушания, ограничивая детскую независимость.

Последствия для ребёнка:

- замкнутость, боязливость или угрюмость;
- непритязательность и раздражительность;
- у девочек (в подростковом и юношеском возрасте) — пассивность и зависимость;
- у мальчиков — склонность к неуправляемому и агрессивному поведению.



3. Либеральный стиль (низкий контроль + высокая теплота)

Характеризуется:

- почти полным отсутствием контроля и ограничений;
- тёплыми, сердечными отношениями;
- акцентом на «безусловной любви», который иногда приводит к невыполнению родительских функций (в т.ч. к отсутствию запретов и правил).

Последствия для ребёнка:

- импульсивность;
- склонность потакать своим слабостям;
- трудности с соблюдением социальных норм и правил поведения;
- в отдельных случаях — развитие решительности и творческих способностей.

4. Индифферентный стиль (низкий контроль + низкая теплота)

Характеризуется (по Маккоби и Мартин):

- минимальным участием родителей в жизни ребёнка;
- отсутствием чётких требований и ограничений;
- эмоциональной отстранённостью и холодностью в отношениях;
- дефицитом поддержки и внимания.

Последствия для ребёнка:

- низкая саморегуляция поведения;
- проблемы с социальной адаптацией;
- риск развития девиантных форм поведения;
- чувство эмоциональной незащищённости.

Выяснилось, что многие родители, обращающиеся за психологической поддержкой из-за проблем с детьми, в своё время сами пережили сложные



отношения с собственными родителями. Эксперты заключили, что стиль общения между родителями и детьми часто формируется неосознанно. С возрастом человек начинает использовать стиль общения, который кажется ему естественным. Таким образом, из поколения в поколение происходит передача социальных норм в общении: большинство родителей воспитывают своих детей так же, как их самих воспитали в детстве [3].

Проблемы в детско-родительских отношениях часто возникают из-за недостаточной коммуникации между поколениями. Для здоровой атмосферы в семье важно, чтобы родители и дети могли открыто выражать свои чувства, потребности и ожидания. Однако на практике нередко возникают недопонимания: родители либо не уделяют достаточно внимания внутреннему миру ребёнка, либо слишком строго контролируют его поведение. Это может приводить к отчуждению и недовольству с обеих сторон.

Классификация проблем

А. Проблемы в общении:

- Отсутствие навыка активного слушания. Родители не вслушиваются в слова ребёнка, перебивают его или сразу дают готовые решения, не пытаясь понять суть проблемы.
- Нарушение открытости и честности. В семье не принято говорить о чувствах и трудностях — темы замалчиваются или переводятся на «безопасные» вопросы.
- Отсутствие конструктивного диалога. Вместо обсуждения разногласий возникают споры, взаимные обвинения или игнорирование друг друга.

Б. Проблемы с границами:



- Избыточный контроль (гиперопека). Родители принимают все решения за ребёнка, лишая его возможности учиться на собственных ошибках и развивать самостоятельность.

- Отсутствие границ. Чёткие правила поведения не установлены, ребёнок не понимает, что допустимо, а что — нет, что ведёт к тревожности и поведенческим проблемам.

В. Эмоциональная дистанция или излишняя привязанность:

- Эмоциональная холодность. Родители сдержанны в проявлении любви и поддержки, редко хвалят ребёнка, что формирует у него чувство ненужности.

- Эмоциональная зависимость. Родители чрезмерно привязаны к ребёнку, видят в нём единственный источник смысла жизни, что мешает его взрослению.

- Родительская проекция. Взрослые переносят на детей свои нереализованные мечты и амбиции, требуя от них достижения целей, которые не смогли осуществить сами.

- Г. Проблемы с авторитетом и дисциплиной:

- Недостаток дисциплины. Отсутствие чётких правил и последовательности в воспитании приводит к вседозволенности и трудностям с самоконтролем у ребёнка.

- Чрезмерная строгость или авторитаризм. Жёсткие требования без учёта потребностей ребёнка вызывают страх, скрытность и протест.

Д. Психологическое насилие и манипуляции:

- Эмоциональное насилие. Открытые оскорбления, унижения, постоянная критика или сравнение с другими подрывают самооценку ребёнка.



- Манипуляции через любовь или внимание. Угрозы лишить любви, объятий или совместных занятий, если ребёнок не подчиняется, формируют у него чувство вины и зависимость от одобрения.

Е. Передача родительских травм:

- Неразрешённые психологические проблемы родителей. Взрослые, не проработавшие собственные травмы, бессознательно воспроизводят деструктивные модели поведения (например, повторяют стиль воспитания своих родителей).

Ж. Конфликты, связанные с ожиданиями и идентичностью:

- Разногласия по поводу жизненных целей и ценностей. Родители навязывают ребёнку профессию, образ жизни или убеждения, игнорируя его склонности и мечты.

- Неспособность принять индивидуальность ребёнка. Фиксированные ожидания («мой ребёнок должен быть отличником/спортсменом/врачом») приводят к конфликтам, когда ребёнок проявляет иные интересы или способности [4].

Заключение

Воспитание детей представляет собой одну из ключевых и наиболее сложных задач, стоящих перед семьёй. Родители обязаны подходить к её реализации с высокой степенью ответственности, осознавая потенциальные последствия собственных ошибок. Формирование благоприятного психологического микроклимата и выстраивание отношений, основанных на принципах любви и доверия, создают необходимые условия для гармоничного физического и духовного развития ребёнка.

Особое значение семейное воспитание приобретает на ранних этапах онтогенеза, когда его влияние превосходит иные социальные воздействия. Благополучие семейной среды и степень вовлечённости родителей в



воспитательный процесс напрямую определяют качество формирования физических, психических, нравственных, интеллектуальных, трудовых и эмоциональных качеств личности.

Источники и литература / Sources and references:

1. Захарова, Е. А. Особенности семейных отношений в различных национальных культурах / Е. А. Захарова. - Текст : непосредственный // Молодой ученый. - 2014. — № 18 (77). - С. 558-561.
2. Летова Н.В. Традиционные семейные ценности: нравственная основа российского общества и объект защиты государства // Труды Института государства и права РАН / Proceedings of the Institute of State and Law of the RAS. 2024. Т. 19. № 5. С. 103-120. DOI: 10.35427/2073-4522-2024-19-5-letova
3. Гиппенрейтер Ю. Общаться с ребенком. Как?. - 1-е изд. - М.: Эксклюзивная психология, 1995. - 304 с.
4. Как детско-родительские отношения влияют на личность ребенка // eepi.ru URL: <https://eepi.ru/blog/kak-detsko-roditelskie-otnosheniya-vliyayut-na-lichnost-rebenka/?ysclid=mnd9kmgumx134598283> (дата обращения: 30.03.2026).

ДИССОМНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, АССОЦИИРОВАННЫЕ С СИНДРОМОМ СУХОГО ГЛАЗА

Федосеев М. Н., Гончаренко В. А., Гончаренко Э. А., Кукуйок Т. В.

Кафедра офтальмологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Рассмотрены эпидемиологические, клинические и патогенетические аспекты коморбидности диссомнических расстройств и синдрома сухого глаза. Особенности патогенеза позволяют рассматривать синдром сухого глаза как психосоматическое заболевание, что определяет



преимущество персонализированного междисциплинарного подхода к диагностике и лечению с интеграцией офтальмологической и психиатрической помощи.

Ключевые слова: диссомнии, депрессия, синдром сухого глаза, психическое здоровье, качество жизни

DYSSOMNIA DISORDERS ASSOCIATED WITH DRY EYE SYNDROME

Fedoseev M. N., Goncharenko V. A., Goncharenko E. A., Kukuyuk T. V.

Department of ophthalmology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The epidemiological, clinical and pathogenetic aspects of the comorbidity of dyssomnia disorders and dry eye syndrome are considered. The pathogenesis features allow us to consider dry eye syndrome as a psychosomatic disease, which determines the advantage of a personalized interdisciplinary approach to diagnosis and treatment with the integration of ophthalmological and psychiatric care.

Keywords: dyssomnias, depression, dry eye syndrome, mental health, quality of life/

Введение

Современные особенности образа жизни и поведения, увеличение зрительных и психоэмоциональных нагрузок способствуют развитию нарушений психического здоровья, снижению адаптационных ресурсов, повышенной утомляемости и функциональным расстройствам нервной системы и органа зрения [1, 3, 4]. Широкое распространение полиэтиологичных патологических состояний, развитие которых связано с социально-



экономическими факторами, ставит перед специалистами различного профиля новые научные задачи по совершенствованию подходов к их диагностике, профилактике и лечению [5, 6, 7].

Синдром сухого глаза (ССГ) — это хроническое многофакторное прогрессирующее заболевание с растущей распространенностью, оказывающее воздействие не только на поверхность глаза, но и на качество жизни и представляющее собой серьезную проблему общественного здравоохранения [7]. Результаты исследований последних лет свидетельствует о связи между ССГ и психическими расстройствами, что свидетельствует о возможной зависимости субъективных симптомов данной патологии как от изменений слезной пленки, так и от психологических факторов, которые недостаточно учитываются в клинической офтальмологической практике [7, 11].

Механизмы, лежащие в основе взаимосвязи между диссомническими расстройствами и заболеваниями поверхности глаза, изучены недостаточно, что определяет потенциал для исследования психосоматических аспектов с точки зрения перспектив профилактики и коррекции коморбидных состояний.

Объекты и методы

С целью изучения распространенности и клинико-патогенетических особенностей диссомнических состояний, связанных с синдромом сухого глаза, был проведен анализ современной научной литературы из библиографических баз данных РИНЦ, PubMed MEDLINE, EMBASE, PsycINFO Cyberleninka, Google Scholar с использованием ключевых слов, относящихся к патологии глазной поверхности и расстройствам сна.

Результаты и их обсуждение

Корреляция между ССГ, индивидуальными особенностями восприятия боли и психическим здоровьем является предметом интенсивных исследований, при этом в числе наиболее частых и значимых коморбидных состояний



рассматриваются нарушения сна, депрессии, посттравматические стрессовые расстройства и системные болевые синдромы [11, 12].

Современные стратегии лечения ССГ предполагают преимущественно местное воздействие и часто не позволяют полностью облегчить дискомфорт в глазах или удовлетворить более широкие клинические потребности пациентов. В современной литературе психопатологические симптомы преимущественно рассматриваются как следствие ССГ или побочный эффект лекарственных препаратов, возможная роль психогенных факторов в развитии ССГ редко становится предметом исследования [12].

A.Di Zazzo с соавт., подчеркивая важную патогенетическую роль хронической нейропатической боли в развитии ССГ в рамках ноцицептивной гипотезы предполагают, что психологический стресс может усугублять симптомы ССГ [14]. Люди с высокой чувствительностью к тревоге более интенсивно воспринимают симптомы ССГ, которые дополнительно усиливаются в состоянии эмоционального стресса [11, 14].

Нарушения сна являются распространенной, но часто недооцененной проблемой у пациентов с ССГ, частота нарушений сна у таких пациентов достигает 40% [8, 9]. Диссомнические расстройства проявляются низким индексом сна, короткой продолжительностью сна, длительным временем засыпания, дневной сонливостью и плохим субъективным восприятием сна. По данным М.Ауаки с соавт., качество сна при ССГ хуже, чем при других заболеваниях глаз, таких как глаукома, заболевания сетчатки, катаракта, а также аллергический конъюнктивит [9]. Тяжесть расстройств настроения, включая тревогу и депрессию, коррелирует с нарушениями сна при ССГ, а симптомы и признаки ССГ, особенно боль, также коррелируют с качеством сна [9].

Y. An рассматривал нарушения сна в числе факторов риска развития ССГ в корейской популяции. Лица с симптомами ССГ чаще испытывали



комплексные факторы, связанные с психическим здоровьем, такими как совокупная продолжительность сна, восприятие психологического стресса и анамнез депрессивного настроения [8]. На основе совокупности мультимодальных данных выявлена причинно-следственная зависимость между ССГ и диссомниями, а также повышение частоты и тяжести расстройств сна у пациентов с ССГ по сравнению с контрольной группой здоровых лиц [9]. У пациентов с ССГ выявлен более высокий риск апноэ во сне и нездоровой продолжительности сна, такой как недостаток сна или чрезмерная сонливость [15]. Снижение качества сна может усугубить ССГ за счет повышения осмолярности слезной жидкости и снижения ее выработки [13].

Патогенетическая значимость социального и поведенческого факторов в развитии ССГ отражена в исследовании взаимосвязи продолжительности сна и социального джетлага с ССГ в Китае. Общая распространенность ССГ среди детей и подростков составила более 50%. При продолжительности сна менее 9 часов в сутки вероятность развития ССГ значительно выше. При этом у тех, кто испытывал социальный джетлаг более одного часа, также наблюдался повышенный риск развития ССГ, что указывает на влияние фактора постоянства режима сна и бодрствования на процесс поддержания гомеостаза глазной поверхности [19].

В исследовании М.Саробьянсо с соавт. на основании комплексной оценки показателей психического здоровья у пациентов ССГ психологическая поддержка или психотерапия были рекомендованы половине обследованных, а более углубленное психиатрическое или психологическое обследование 11%, что подтверждает целесообразность включения скрининга психического здоровья в клиническую офтальмологическую практику [12].

Результаты комплексного рандомизированного клинического исследования на репрезентативной выборке пациентов с ССГ, показали, что



депрессия и снижение качества сна значительно связаны с ССГ [20]. При этом плохое качество сна может выступать опосредующим фактором в связи между депрессией и ССГ. Среди пациентов с ССГ при наличии депрессии выше вероятность развития более тяжелого ССГ [18, 20]. Необходимо отметить, что дизрегуляция моноаминергических нейротрансмиттеров, таких как серотонин и норадреналин, не только способствует аффективным нарушениям, но и изменяет секрецию слезной жидкости и восприятие боли в роговице, что имеет клиническую значимость и подтверждает необходимость учета сопутствующей патологии при лечении пациентов с ССГ [16, 18, 20].

Вместе с тем, психотропные препараты также считаются факторами риска развития ССГ из-за их влияния на состояние слезной пленки за счет антихолинергического действия [16, 18]. У пациентов с нарушениями сна, длительным течением депрессивных и тревожных расстройств необходимо учитывать в дифференциальной диагностике ССГ возможность ятрогенного генеза на фоне лечения селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, так как медикаментозное лечение препаратами данной группы наряду с длительностью психического расстройства и пожилым возрастом являются значимыми независимыми предикторами наличия ССГ [18, 20]. Частота побочных эффектов со стороны глаз закономерно возрастает при использовании полифармакотерапии. Сложный патогенез ССГ требует комплексного диагностического и терапевтического подхода с учетом потенциальных преимуществ в отношении психологического здоровья пациентов с ССГ и здоровья глаз у пациентов с психическими расстройствами [16, 20].

В некоторых исследованиях среди пациентов с ССГ выявлена высокая распространенность симптомов депрессии (40-60%) и тревожности (до 40%), которые коррелируют с симптомами ССГ, но не с тяжестью его признаков.



Субъективное благополучие, стрессоустойчивость и преморбидные личностные особенности коррелируют с симптомами депрессии, но не связаны с признаками или симптомами ССГ [11, 17].

Нередко наблюдается несоответствие между признаками и симптомами ССГ, при этом симптомы чаще связаны с психологическими факторами, чем с параметрами слезной пленки. Повышенное внимание следует уделять пациентам с ССГ, у которых наблюдаются противоречивые симптомы и признаки, а также в случаях отсутствия удовлетворительного ответа на традиционное лечение сопутствующих психических или неврологических расстройств, таких как хроническая боль и периферическая нейропатия различного генеза [14]. Следовательно, во многих случаях ССГ может рассматриваться как комплексная психиатрическая и офтальмологическая проблема. Фундаментальные механизмы этой коморбидности связаны с дизрегуляцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, системными воспалительными факторами, окислительным стрессом, митохондриальной дисфункцией, снижением уровня нейротрофического фактора головного мозга [18].

Важным, но недостаточно изученным фактором риска развития ССГ является хронический психологический стресс, изменяющий циркадную нейроэндокринную регуляцию функции слезных желез. Восстановление секреторной функции путем ингибирования β -адренергического и глюкокортикоидного влияния подтверждает, что слезная железа является периферической моделью стресс-индуцированного нарушения циркадного ритма [10].

Эпидемиологические исследования показывают, что на развитие ССГ влияет ряд психологических и социальных факторов, поэтому ССГ может рассматриваться как психосоматическое заболевание в контексте биопсихосоциальной модели, и его лечение должно основываться на



комплексном подходе, учитывающем как патогенетические механизмы на молекулярном уровне, так и психосоциальные факторы [7, 12].

Заключение

Коморбидность диссомнических расстройств и ССГ характеризуется клиническим разнообразием и наличием общих звеньев патогенеза, поэтому требует персонализированного междисциплинарного подхода к диагностике и лечению с интеграцией офтальмологической и психиатрической помощи.

Источники и литература / Sources and references:

1. Визило Т. Л., Попонникова Т. В., Федосеева И.Ф., Визило А.Д. Коррекция астении в условиях амбулаторной клинической практики. Фарматека. 2024. Т. 31. № 6. С. 126-135.
2. Громакина Е.В., Гончаренко А.В., Гончаренко В.А. Современные тенденции освоения технологий микрохирургии при травмах органа зрения В сб.: Современный мир, природа и человек. сборник материалов XXIII Международной научно-практической конференции. Кемерово, 2024. С. 146-155.
3. Корчагина П.А., Торопова М.А. Психосоматические аспекты цифрового зрительного переутомления. В сб.: Психология, психиатрия, наркология XXI века: первые шаги в науку и практику. сборник материалов II Международной междисциплинарной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. Кемерово, 2025. С. 373-380.
4. Федосеева И.Ф., Гончаренко В.А., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В. Психологические аспекты расстройств аккомодации у подростков с неврозоподобными заболеваниями. В сб.: Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы в XXI веке: новые задачи и возможные пути решения. Сборник материалов II Международной научно-



практической конференции, к 170 - летию со дня рождения С.С. Корсакова - основателя русской психиатрической школы. Кемерово, 2024. С. 464-472.

5. Федосеева И.Ф., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В., Гончаренко В.А. Междисциплинарные аспекты диагностики наследственных нейродегенеративных болезней. РМЖ. Медицинское обозрение. 2025;9(11):782-787.

6. Федосеева И.Ф., Попонникова Т.В., Гончаренко Э.А., Визило Т.Л. Особенности психоневрологического статуса подростков в условиях цифровизации школьного образования. В сб.: Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы в XXI веке: новые задачи и возможные пути решения. Сборник материалов II Международной научно-практической конференции, к 170 - летию со дня рождения С.С. Корсакова - основателя русской психиатрической школы. Кемерово, 2024. С. 473-480.

7. Alkozi H.A. Ocular Surface Health in Connection with Anxiety and Depression: a Review. *J Multidiscip Healthc.* 2024; 17:2671-2676.

8. An Y., Kim H.. Sleep disorders, mental health, and dry eye disease in South Korea. *Sci Rep.* 2022;12(1):11046.

9. Ayaki M., Tsubota K., Kawashima M., et al. sleep disorders are a Prevalent and Serious Comorbidity in Dry Eye. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2018;59(14):143-150.

10. Ba M., Huang D., Yang T, et al. Stress-Induced Disruption of Circadian and Neuroimmune Networks in Lacrimal Glands Drives Dry Eye Pathogenesis. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2025;66(15):53.

11. Basilious A., Xu C.Y., Malvankar-Mehta M.S. Dry eye disease and psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Ophthalmol.* 2022;32(4):1872-1889.



12. Capobianco M., Zeppieri M., Nicolosi S.G., et al. When eye disease affects the mind: Psychological burden and functioning in autoimmune ophthalmology. *World J Clin Cases*. 2026;14(4):117692.
13. Chang K.J., Wu H.Y., Chiang P.H., et al. Decoding and reconstructing disease relations between dry eye and depression: a multimodal investigation comprising meta-analysis, genetic pathways and Mendelian randomization. *J Adv Res*. 2025; 69:197-213.
14. Di Zazzo A., De Gregorio C., Spelta S., Demircan S. Mental burden of ocular surface discomfort. *Eur J Ophthalmol*. 2025;35(4):1445-1455.
15. Gu Y., Cao K., Li A., et al. Association between sleep quality and dry eye disease: a literature review and meta-analysis. *BMC Ophthalmol*. 2024;24(1):152.
16. Huang A., Augello P., Asbell P., Ying G.S.; DREAM Research Group. Sleep Disturbances and Dry Eye Symptoms and Signs, Systemic Conditions, and Inflammatory Markers in the Dry Eye Assessment and Management Study. *Cornea Open*. 2024;3(3):e0048.
17. Kaiser T., Janssen B., Schrader S., Geerling G. Depressive symptoms, resilience, and personality traits in dry eye disease. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2019;257(3):591-599.
18. Kaštelan S., Kozina L., Tomić Z., et al. Dry Eye Disease and Psychiatric Disorders: Neuroimmune Mechanisms and Therapeutic Perspectives. *Int J Mol Sci*. 2025;26(21):10699.
19. Luo Y., Gao Y., Guan Z., et al. Associations of Sleep Duration and Social Jetlag with Dry Eye Disease in Chinese School-Aged Children and Adolescents. *Nat Sci Sleep*. 2025; 17:2041-2049.
20. Zhou Y., Murrough J., Yu Y., et al. Association Between Depression and Severity of Dry Eye Symptoms, Signs, and Inflammatory Markers in the DREAM Study. *JAMA Ophthalmol*. 2022;140(4):392-399.



ВОЗРАСТНАЯ МАКУЛЯРНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Федосеев М. Н., Гончаренко В. А., Гончаренко Э. А.

Кафедра офтальмологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Представлены современные данные о распространенности, факторах риска и клиническом разнообразии психоэмоциональных расстройств у пациентов с возрастной макулярной дегенерацией. Потеря зрения негативно влияет на состояние психического здоровья, что указывает на необходимость комплексного подхода к его коррекции на различных этапах оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: возрастная макулярная дегенерация, психоэмоциональные расстройства, депрессия, когнитивные нарушения

AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION AS A FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS

Fedoseev M. N., Goncharenko V. A., Goncharenko E. A.

Department of ophthalmology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. This article presents current data on the prevalence, risk factors, and clinical diversity of psychoemotional disorders in patients with age-related macular degeneration. Vision loss negatively influences mental health, highlighting the need for a comprehensive approach to its correction at various stages of medical care.

Keywords: age-related macular degeneration, psychoemotional disorders, depression, cognitive impairment



Введение

Современные демографические тренды характеризуются неуклонным повышением доли пожилого населения и ростом распространённости возраст ассоциированных инволютивных заболеваний, снижающих качество жизни [15]. Возрастная макулярная дистрофия (ВМД), являясь одной из основных причин слепоты и инвалидности в развитых странах, относится к числу актуальных медико-социальных проблем, поскольку ассоциирована с ограничением множества видов деятельности и потерей дееспособности больных [2, 3, 4].

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости ВМД, которые во многих странах в настоящее время занимают лидирующие позиции в структуре зрительного дефицита и слепоты [5, 6]. В 2019 году почти 67 миллионов человек страдали от тяжёлой формы ВМД, и, по прогнозам, к 2050 году число пациентов с данной патологией вырастет на 15% [5, 15].

Распространённость ВМД существенно повышается с возрастом и часто сочетается с другой патологией, что усугубляет течение этих заболеваний [3, 5]. С возрастом ассоциируется не только частота ВМД, но и распространённость отклонений в психологическом состоянии, требующих дифференциальной диагностики и коррекции в рамках специализированной медицинской помощи.

Такие синдромы как когнитивный дефицит, тревожность и депрессивные нарушения, как правило, не диагностируются у больных с офтальмопатологией на уровне первичного звена здравоохранения и остаются неучтенными [1, 5, 7, 11]. Развитие ВМД сопровождается зрительным дефицитом и ухудшением психоэмоционального состояния, что затрудняет интерпретацию жалоб, определяет необходимость участия специалистов различного профиля в процессе диагностики и лечения, затрудняет социальную адаптацию пациентов [6, 8, 9].



Объекты и методы

С целью изучения диагностических и прогностических аспектов коморбидности при ВМД, проведен анализ научных публикаций с использованием библиографических баз данных РИНЦ, PubMed, Cyberleninka, Google Scholar, касающихся распространенности и клинического разнообразия психоземotionalных расстройств у пациентов ВМД.

Результаты и их обсуждение.

Исследования последних лет подтвердили высокую распространенность расстройств депрессивного спектра среди пациентов с ВМД [4, 10]. Изучение особенностей тревожно-депрессивных и когнитивных нарушений у пациентов пожилого возраста с ВМД показало, что у пациентов с ВМД распространенность варьирует в диапазоне от 33% до 44%, что вдвое превышает частоту депрессии среди остального населения той же возрастной группы. Несколько ниже установлена частота депрессии у больных, страдающих ВМД, подвергнутых субмакулярной хирургии [12, 13]. Анализ особенностей психологического статуса показал, что по сравнению с пациентами, страдающими глаукомой и диабетической ретинопатией, депрессия и тревога у пациентов с ВМД встречается чаще [14].

Выявлена взаимосвязь между сезонным аффективным расстройством и ВМД. Зрительные функции и образ жизни играют важную роль в регуляции настроения и циркадных ритмов у пациентов с ВМД, о чем свидетельствуют существенные различия в офтальмологических характеристиках, образе жизни и психическом здоровье между группами пациентов с сезонным аффективным расстройством и без него [20].

ВМД неизлечима, имеет прогрессирующее течение и снижает качество жизни, ограничивая повседневную деятельность, включая способность пациентов читать, водить машину, определять время, выполнять



повседневные задачи по самообслуживанию и распознавать лица [4]. Развитие ВМД сопровождается хроническим стрессом для пациентов из-за страха ухудшения остроты зрения, беспокойства по поводу прогноза и отрицательных результатов лечения, что приводит к нарушению сна, формированию ситуативной тревожности, депрессивных расстройств, снижению активности, что негативно сказывается на их психическом здоровье [10, 18].

Основные факторы, оказывающие эмоциональное воздействие на пациентов с ВМД, которым из-за потери зрения приходилось полагаться на других - потеря независимости и снижение качества жизни [12]. У пациентов с ВМД и депрессией значительно повышается уровень религиозности [17].

У пациентов с ВМД, которая поражает в первую очередь центральное зрение, значительно меньше жизненное пространство, т.е. пространственный охват человека, учитывающий его потребность в помощи, что может влиять на мобильность, становиться причиной ограничения социальной активности, обусловленного страхом падения, риск которого при ВМД возрастает в 2-3 раза [12]. Снижение подвижности может опосредовать связь между офтальмопатологией и депрессией [13].

Ограничение самостоятельной деятельности в повседневной жизни способствует формированию стигматизации, которая проявляется в отсутствии различий между слепыми и слабовидящими людьми, в основанных на окулоцентризме социокультурных и коммуникативных стереотипах, и является наиболее значимым фактором, приводящим к отсутствию позитивного самовосприятия и социальной изоляции [18]. Самооценка зрительной функции, в частности зрения вблизи, и восприятие социальной поддержки рассматриваются как управляемые факторы, потенциально



связанные с повышенным уровнем стресса и риска психических расстройств у пациентов с неоваскулярной ВМД, получающих анти-VEGF-терапию [16].

У пациентов с ВМД, ассоциированной с психоэмоциональным стрессом, установлены единые факторы усугубления ВМД: это возраст, курение, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, тип реакции на стресс «избегание», а также неблагоприятные социально-психологические факторы [6, 12]. Другими авторами указывается, что депрессия может служить фактором риска неблагоприятного прогноза ВМД и одной из причин, способствующих снижению комплаентности [12].

«Влажная» форма ВМД, как правило, является причиной резкой потери центрального зрения из-за выраженных экссудативных и геморрагических изменений на глазном дне [2, 3, 10]. Специфическим признаком макулярного отека является снижение контрастной чувствительности. Нарушения социально-психологической адаптации, значительное снижение активности больных и затруднения в повседневной деятельности характерны для пациентов с макулярным отеком в связи с большим объемом центральных дефектов и их острым развитием. Вопросники по зависимости, умственному здоровью и социальным отношениям выявляют потерю независимости, возрастание тревожности и проблемы социального взаимодействия [11, 12]. Появляются конфликты, социальное одиночество, снижение качества жизни, неуверенность и неопределенность в завтрашнем дне [6, 12].

Функциональные нарушения макулярной области сетчатки прогрессируют в соответствии с морфологическими изменениями, поэтому важно определить характер и степень поражения на амбулаторном этапе, что особенно актуально в связи с дифференцированным лечением сухой и влажной форм ВМД [2, 3]. При «сухой» форме ВМД они выражены в меньшей степени, что объясняет длительную сохранность достаточно высокой



социальной адаптации и устойчивого психологического состояния больных. По мере роста дефекта в центральном поле зрения ощутимый дискомфорт ограничивает деятельность, требующую зрительного напряжения [2, 3, 10].

Заключение

Потеря зрения приводит к негативным психологическим последствиям, что требует внимания к потребностям пациентов с ВМД в области психического здоровья и указывает на необходимость комплексного подхода к его коррекции на различных этапах оказания медицинской помощи. Высокая распространенность психоэмоциональных нарушений среди пациентов с ВМД свидетельствует о необходимости их профилактики на индивидуальном, общественном и организационном уровнях, в том числе, путем организации психологической помощи в структуре офтальмологической службы, мероприятий, направленных на снижение ограничений подвижности и социальной поддержки, учитывающей систему ценностей пациентов и их духовное благополучие.

Источники и литература / Sources and references:

1. Визило Т.Л., Федосеева И.Ф., Гончаренко В.А., Гончаренко А.В. Роль психологической адаптации в формировании качества жизни при нейрофиброматозе. В сб.: Арт-терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации. Кемерово, 2025. С. 207-216.
2. Егоров Е.А., Романенко И.А. Современные аспекты патогенеза, диагностики, клиники и лечения возрастной макулярной дегенерации. Офтальмология. 2009; 6(1): 87 – 93.
3. Ивахненко О.И., Нероев В.В., Зайцева О.В. Возрастная макулярная дегенерация и диабетическое поражение глаз. Социально-экономические аспекты заболеваемости. Вестник офтальмологии. 2021;137(1):123-129.



4. Милюткина С.О., Ковалевская М.А. Функциональные нарушения макулярной области сетчатки как фактор развития социально-психологической дезадаптации у больных возрастной макулярной дегенерацией. Прикладные информационные аспекты медицины, 2014; 17(1):128-136.
5. Пляскина У.С., Фомина А.В. Эпидемиологические аспекты возрастной макулярной дегенерации и сенильной катаракты в России и в мире. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024; 3:713-730.
6. Попова Н.В. Распространенность синдрома социальной изоляции среди пациентов с возрастным нарушением зрения. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024; 2:479-490.
7. Федосеева И.Ф., Гончаренко В.А., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В. Психологические аспекты расстройств аккомодации у подростков с неврозоподобными заболеваниями. В сб.: Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы в XXI веке: новые задачи и возможные пути решения. Сборник материалов II Международной научно-практической конференции, к 170-летию со дня рождения С.С.Корсакова – основателя русской психиатрической школы. Кемерово, 2024. С. 464-472.
8. Федосеева И.Ф., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В. Нарушения зрительно-пространственных функций в структуре когнитивного дефицита при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна. В сб.: Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии. Сборник материалов V Международной междисциплинарной научно-практической конференции, к 160 - летию со дня рождения Алоиса Альцгеймера. Кемерово, 2024. С. 388-396.
9. Федосеева И.Ф., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В., Гончаренко В.А. Междисциплинарные аспекты диагностики наследственных



нейродегенеративных болезней. РМЖ. Медицинское обозрение. 2025. Т. 9. № 11. С. 782-787.

10. Casten R.J., Rovner B.W. Update on depression and age-related macular degeneration. *Curr Opin Ophthalmol*. 2013;24(3):239-43.

11. Clancy N., Aslam T., Cackett P. Depression secondary to vision loss in old age and an effective rapid screening tool for undiagnosed cases. *Ann Gen Psychiatry*. 2022;21(1):15.

12. De Sousa Peixoto R., Krstic L., Hill S.C.L., Foss A.J.E. Predicting quality of life in AMD patients-insights on the new NICE classification and on a bolt-on vision dimension for the EQ-5D. *Eye (Lond)*. 2021;35(12):3333-3341.

13. Demmin D.L., Silverstein S.M. Visual Impairment and Mental Health: Unmet Needs and Treatment Options. *Clin Ophthalmol*. 2020; 14:4229-4251.

14. Gusar I., Čanović S., Ljubičić M. et al. Religiousness, Anxiety and Depression in Patients with Glaucoma, Age-Related Macular Degeneration and Diabetic Retinopathy. *Psychiatr Danub*. 2021;33(4):965-973.

15. Li J.Q., Welchowski T., Schmid M. et al. Prevalence and incidence of age-related macular degeneration in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Br J Ophthalmol*. 2020;104(8):1077-1084.

16. Nilsson I., Senra H., Baskaran K. et al. Perceived stress levels among patients treated for neovascular age-related macular degeneration with anti-VEGF injections. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2025;263(9):2523-2531.

17. Salzer C., Samoila L., Mortazavi Moshkenani H., Samoila O. Spiritual and religious perspectives in persons with visual impairment due to age-related macular degeneration. *Front Psychol*. 2023; 14:1096215.

18. Palencia-Flórez D.C., Oviedo-Cáceres M.D.P. Stigma and low vision. An analysis of experiences and feelings. *Rev Cuid*. 2024;15(3): e3974.



19. Rovner B.W., Casten R.J., Leiby B.E., Tasman W.S. Activity loss is associated with cognitive decline in age-related macular degeneration. *Alzheimers Dement.* 2009;5(1):12-17.
20. Yang W., Jia J., Liu X., Wan P. Evaluating the Impact of Age-Related Macular Degeneration on Seasonal Affective Disorder: A Retrospective Cohort Study in a Chinese Population. *Actas Esp Psiquiatr.* 2025;53(5):939-946.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СЕМЕЙНЫХ КОММУНИКАЦИЙ И ВНУТРЕННЕЙ ТЕЛЕСНОСТИ ПРИ СКЛОННОСТИ К РАССТРОЙСТВАМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Филиппова А. И.

Кафедра общей и клинической психологии

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Курск

Научный руководитель - д-р психолог. наук,
профессор Т. Д. Василенко

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования взаимосвязи эмоциональных семейных коммуникаций, образа тела и склонности к расстройствам пищевого поведения (РПП) у девушек 18–23 лет (N=41). Выявлено, что лица с неудовлетворённостью телом имеют значимо более высокие показатели физического перфекционизма, страха негативной оценки внешности и склонности к РПП. Корреляционный анализ в группе риска показывает, что страх негативной оценки внешности выступает ключевым опосредующим звеном между семейными дисфункциями и дезадаптивным пищевым поведением. Результаты подтверждают центральную роль образа тела в генезе РПП.



Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, образ тела, семейные коммуникации, физический перфекционизм, страх негативной оценки внешности, EAT-26.

**THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTIONAL FAMILY
COMMUNICATION AND INNER PHYSICALITY IN PEOPLE
WITH A TENDENCY TO EATING DISORDERS**

Filippova A. I.

Department of General and Clinical Psychology

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Scientific supervisor - Doctor of Psychology,

Professor T. D. Vasilenko

Abstract. The article presents the results of an empirical study of the relationship between emotional family communications, body image and tendency to eating disorders (ED) in girls aged 18–23 years (N=41). It was revealed that individuals with body dissatisfaction have significantly higher rates of physical perfectionism, fear of negative appearance evaluation, and tendency to ED. Correlation analysis in the risk group shows that the fear of negative appearance evaluation acts as a key mediator between family dysfunctions and maladaptive eating behavior. The results confirm the central role of body image in the genesis of ED.

Keywords: eating disorders, body image, family communications, physical perfectionism, fear of negative appearance evaluation, EAT-26.

Введение

Актуальность исследования обусловлена высокой распространённостью расстройств пищевого поведения среди молодёжи, особенно в контексте современного культа «идеального» тела, а также необходимостью интегративного понимания психологических механизмов развития РПП.



Дисфункциональные семейные паттерны (критика, запрет на эмоции, сверхвключённость) способствуют формированию негативного образа тела, который, в свою очередь, выступает ключевым звеном в возникновении дезадаптивных пищевых стратегий.

Цель исследования – выявить взаимосвязь между эмоциональными семейными отношениями, внутренней телесностью и склонностью к РПП.

Центральная гипотеза: существует взаимосвязь между характеристиками семейных отношений, особенностями образа тела и склонностью к РПП, при которой дисфункциональные паттерны семейных отношений опосредованно (через деформации образа тела) детерминируют формирование склонности к РПП.

Частные гипотезы:

- 1) лица со склонностью к РПП характеризуются более выраженными дисфункциональными паттернами семейных отношений;
- 2) они демонстрируют более негативный образ тела (низкую удовлетворённость телом, высокий физический перфекционизм, страх негативной оценки);
- 3) между этими показателями существуют значимые положительные корреляции;
- 4) негативный образ тела выступает медиатором связи семейных дисфункций и склонности к РПП.

Объекты и методы исследования

Выборка: 41 девушка в возрасте 18–23 лет (средний возраст 20 лет).

Методики:

1. Опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова).
2. Шкала физического перфекционизма (А.Б. Холмогорова, А.А. Дадеко).



3. Шкала «Страх негативной оценки внешности» (адаптация А.Ю. Развальяевой, Н.А. Польской).

4. Опросник пищевых предпочтений ЕАТ-26 (адаптация О.А. Скугаревского).

5. Опросник образа собственного тела (О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха).

Статистическая обработка: U-критерий Манна–Уитни, корреляционный анализ Спирмена (STATISTICA 10.0).

Результаты и их обсуждение

Сравнение групп по удовлетворённости телом

На основе опросника образа собственного тела испытуемые были разделены на две группы: с удовлетворённостью телом ($n=22$) и с выраженной неудовлетворённостью телом ($n=19$). Результаты сравнения представлены в таблице 1.

Таблица 1

Значимые различия между группами (U-критерий Манна–Уитни)

		Удовлетворенность собственным телом		Выраженная неудовлетворенность собственным телом	
Параметр	p-level*	Mean	Std.dev	Mean	Std.dev
Физический перфекционизм	0,000005	11,4091	5,76243	24,9474	7,72063
Страх негативной оценки внешности	0,000038	10,8636	4,37847	21,0526	6,84327
Шкала опросника пищевых предпочтений	0,003134	101,0909	0,29424	101,6316	0,49559

*Примечание: по всем шкалам семейных дисфункций значимых различий не выявлено ($p>0,05$).



Как видно из таблицы, лица с неудовлетворённостью телом демонстрируют значительно более высокий уровень физического перфекционизма (стремление к нереалистичным стандартам внешности), страх негативной социальной оценки своей внешности и более выраженную склонность к дезадаптивному пищевому поведению (EAT-26). Это полностью подтверждает вторую частную гипотезу. Первая гипотеза (о прямых различиях по семейным шкалам) не подтвердилась, что указывает на опосредованный характер влияния семьи.

Корреляционный анализ в группе неудовлетворённых телом

Для выявления структуры взаимосвязей был проведён корреляционный анализ Спирмена в группе риска ($n=19$). Наиболее значимые связи представлены в таблице 2 и на рисунке 1.

Таблица 2

Значимые корреляции в группе с неудовлетворённостью телом ($r, p<0,05$)

Переменные	Коэффициент корреляции (r)
Общий балл семейных дисфункций - Критика	0,873
Общий балл дисфункций - Элиминирование эмоций	0,817
Общий балл дисфункций - Сверхвключённость	0,791
Физический перфекционизм - Страх негативной оценки	0,555
Страх негативной оценки - Шкала EAT-26	0,481



Переменные	Коэффициент корреляции (r)
Критика - Шкала ЕАТ-26	0,289

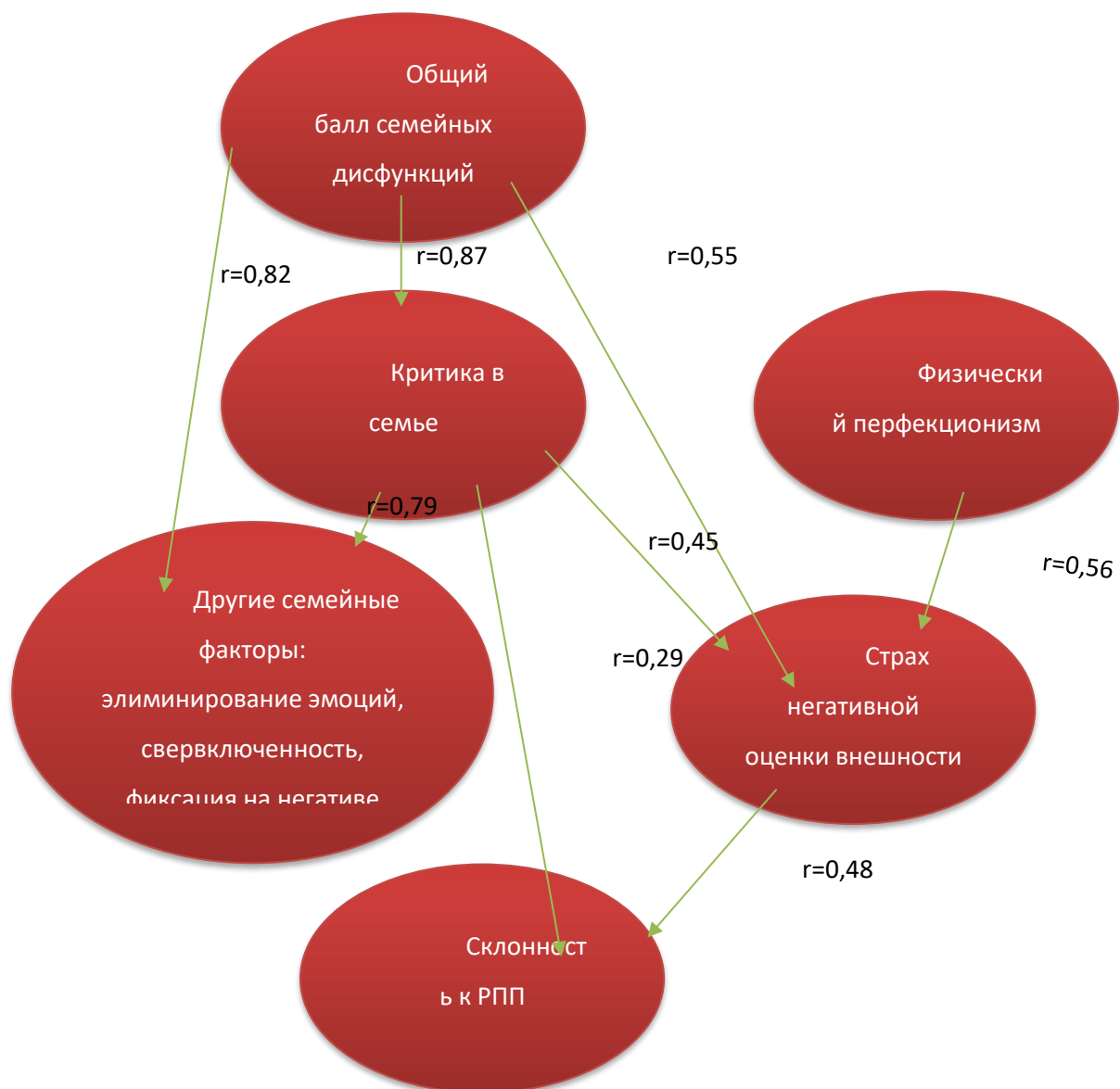


Рис. 1 - Корреляционная плеяда значимых связей в группе неудовлетворённых телом



Обнаружена плотная сеть взаимосвязей между семейными дисфункциями (критика, элиминирование эмоций, сверхвключённость). Ключевым звеном, связывающим семейный контекст с пищевым поведением, выступает ****страх негативной оценки внешности****, который коррелирует как с семейными переменными (общий балл дисфункций $r=0,55$; критика $r=0,45$), так и с EAT-26 ($r=0,48$). Физический перфекционизм тесно связан со страхом оценки ($r=0,55$), но не имеет прямых значимых корреляций с семейными шкалами.

Полученные результаты позволяют описать основной патогенетический путь: семейные дисфункции (особенно критика и подавление эмоций) способствуют формированию выраженного страха негативной социальной оценки внешности, который, в свою очередь, становится непосредственным драйвером дезадаптивного пищевого поведения (ограничительные диеты, эмоциогенное переедание). Физический перфекционизм выступает сопутствующим когнитивным фактором, усиливающим этот страх.

Заключение

1. Подтверждена центральная гипотеза о взаимосвязи негативного образа тела со склонностью к РПП. Девушки с неудовлетворённостью телом имеют значимо более высокие уровни физического перфекционизма, страха негативной оценки внешности и показатели EAT-26.

2. Прямые различия по семейным шкалам между группами не обнаружены, что свидетельствует об опосредующей роли образа тела: семейное неблагополучие влияет на риск РПП не напрямую, а через формирование деформаций телесности.

3. В группе риска выявлена трёхуровневая структура: плотно связанные семейные дисфункции → страх негативной оценки внешности (ключевой медиатор) → склонность к РПП.



4. Разработана программа клинико-психологического сопровождения, направленная на коррекцию физического перфекционизма, снижение страха социальной оценки и интеграцию образа тела.

Практическая значимость заключается в обосновании необходимости диагностики образа тела и связанных с ним установок при обследовании лиц группы риска по РПП, а также в предложении конкретных мишеней психотерапевтического вмешательства.

Источники и литература / Sources and references:

1. Абдуллаева, А. С. Нарушения пищевого поведения в аспекте психосоматических расстройств / А. С. Абдуллаева, М. А. Ярахмедова // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2022. – Т. 11, № 6А. – С. 138–144.

2. Архиреева, Т. В. Психология родительства и детско-родительских отношений : учебно-методическое пособие / Т. В. Архиреева. – Великий Новгород : НовГУ им. Ярослава Мудрого, 2006. – 16 с.

3. Белогай, К. Н. Социокультурная модель становления образа тела / К. Н. Белогай // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. – 2018. – Т. 25. – С. 14–25.

4. Варга, А. Я. Системная семейная психотерапия : краткий лекционный курс / А. Я. Варга, Т. С. Драбкина. – Санкт-Петербург : Речь, 2001. – 144 с.

5. Етумян, Л. А. Особенности восприятия образа собственного тела и самоотношения у женщин с различным индексом массы тела / Л. А. Етумян, Н. Е. Комерова // Инновационная наука: психология, педагогика, дефектология. – 2024. – Т. 7, № 1. – С. 105–113.

6. Зиновьева, Е. В. Телесный образ Я и факторы его формирования / Е. В. Зиновьева, А. Н. Плешкова // Петербургский психологический журнал. – 2019. – № 29. – С. 21–37.



7. Кадыралиев, Н. М. Взаимосвязь стилей семейного воспитания и отношения подростков к образу тела / Н. М. Кадыралиев, И. А. Агеева, А. М. Чымырбаева, И. Х. Булатаева // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2016. – Т. 9, № 3.

8. Кэш, Т. Ф. Неудовлетворенность образом тела. Рабочая тетрадь / Т. Ф. Кэш. – Москва : Диалектика, 2021. – 288 с.

9. Малкина-Пых, И. Г. Терапия пищевого поведения / И. Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2007. – 1040 с.

10. Тхостов, А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – Москва : Смысл, 2002. – 287 с.

ТЕМПЕРАМЕНТ КАК ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УСПЕХА В МЕДИЦИНЕ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Филиппова Ю. А.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – канд. ист. наук, доцент Г.В. Акименко

Аннотация. Статья представляет обзор отечественных и зарубежных исследований, посвященных роли темперамента в профессиональной успешности медицинских работников. Анализируются теоретические подходы к изучению темперамента в контексте профессиональной деятельности, эмпирические данные о связи темперамента с выбором медицинской специализации, удовлетворенностью трудом и профессиональным выгоранием. Выявлена специализированная природа данной связи: различные типы темперамента и личностные черты способствуют успеху в разных медицинских областях — от хирургии и реаниматологии до педиатрии и медико-профилактического дела. Установлено, что игнорирование индивидуально-



типологических особенностей может приводить к снижению профессиональной удовлетворенности и развитию синдрома эмоционального выгорания. Представлены практические рекомендации по учету темперамента при профессиональной ориентации и отборе в медицинских вузах.

Ключевые слова: темперамент, медицинские работники, профессиональный успех, удовлетворенность трудом, эмоциональное выгорание, профессиональный отбор, медицинские специальности.

TEMPERAMENT AS A FACTOR OF PROFESSIONAL DEVELOPMENT SUCCESS IN MEDICINE: LITERARY REVIEW

Filippova Yu. A.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific supervisor – G.V. Akimenko

Abstract. The article presents a review of domestic and foreign studies on the role of temperament in the professional success of medical workers. It analyzes theoretical approaches to studying temperament in the context of professional activity, as well as empirical data on the relationship between temperament and the choice of medical specialization, job satisfaction, and professional burnout. The article reveals the specialized nature of this relationship: different types of temperament and personality traits contribute to success in various medical fields, from surgery and resuscitation to pediatrics and medical prevention. It has been established that ignoring individual and typological characteristics can lead to a decrease in professional satisfaction and the development of emotional burnout syndrome. Practical recommendations are presented on taking into account temperament during professional orientation and selection in medical universities.

Keywords: temperament, medical workers, professional success, job satisfaction, emotional burnout, professional selection, medical specialties.



Введение

Проблема взаимосвязи индивидуально-психологических особенностей личности с эффективностью профессиональной деятельности остается одной из центральных в психологии труда и организационной психологии. Особую актуальность данная проблематика приобретает в медицинской сфере, где цена профессиональной ошибки особенно высока, а требования к психофизиологическим ресурсам специалиста колоссальны.

Интерес к изучению темперамента как фактора профессиональной успешности имеет давнюю традицию. Как справедливо отмечают зарубежные исследователи, представления о роли темперамента в выборе профессии восходят еще к Аристотелю, который размышлял о причинах, по которым поэты, философы и политики часто обладают меланхолическим темпераментом. В XX веке Э. Кречмер развил эти идеи, связав определенные типы телосложения и темперамента с предрасположенностью к различным видам деятельности [4].

В современной науке проблема темперамента в медицине рассматривается в двух основных плоскостях: во-первых, как фактор профессионального выбора и специализации, во-вторых, как предиктор профессиональной успешности, удовлетворенности трудом и устойчивости к профессиональному выгоранию. Настоящая статья призвана систематизировать результаты отечественных и зарубежных исследований в этой области, выявить общие закономерности и культурно-специфические особенности.

В отечественной психологии традиционно используется типологический подход, восходящий к учению И.П. Павлова о свойствах нервной системы, в рамках которого выделяют четыре типа темперамента: сангвинический, холерический, флегматический и меланхолический. Данная классификация основана на соотношении процессов возбуждения и торможения, их силы, уравновешенности и подвижности. Сангвиники характеризуются сильной,



уравновешенной и подвижной нервной системой; холерики - сильной, неуравновешенной (с преобладанием возбуждения); флегматики - сильной, уравновешенной, инертной; меланхолики - слабой нервной системой с повышенной чувствительностью.

В зарубежной психологии доминирующим является диспозиционный подход, в рамках которого темперамент рассматривается через призму аффективных и личностных черт. Наиболее распространенными инструментами выступают Большая пятерка, включающая экстраверсию, добросовестность, нейротизм, открытость опыту и доброжелательность, а также TEMPS-A, оценивающий депрессивный, циклотимный, гипертимный, раздражительный и тревожный аффективные темпераменты.

Важно отметить, что, несмотря на терминологические и концептуальные различия, между этими подходами существует содержательное сходство. Так, экстраверсия в модели «Большой пятерки» коррелирует с сангвиническими характеристиками, нейротизм - с меланхолическими, а добросовестность обнаруживает связь с флегматическими чертами.

Эмпирические исследования связи темперамента с профессиональным выбором в медицине

Одним из наиболее показательных исследований в российской науке является работа Е.В. Ненаховой, в которой приняли участие 474 студента Иркутского государственного медицинского университета [1].

Результаты показали неслучайное распределение типов темперамента между различными факультетами:

- Стоматологический факультет: доминирование меланхолического темперамента (41% случаев). Авторы связывают это с необходимостью тонкой, точной, кропотливой работы, требующей высокой чувствительности и внимания к деталям.



- Лечебный и педиатрический факультеты: преобладание холерического (32%) и сангвинического (34%) типов. Эти специальности предполагают высокую динамичность, интенсивное общение, необходимость быстро принимать решения в меняющихся условиях.

- Медико-профилактический и фармацевтический факультеты: доминирование флегматического темперамента (37% и 40% соответственно). Данные направления связаны с систематической, рутинной работой, требующей усидчивости и устойчивости к монотонным нагрузкам.

В другом исследовании, проведенном Ю.А. Карачаровой среди участковых врачей-терапевтов г. Твери, методом экспертной оценки были выделены три ключевые характеристики темпераментальной сферы, значимые для профессиональной успешности: экстравертированность (направленность на внешний мир, интерес к социуму), чувствительность (способность распознавать слабо выраженные признаки заболевания) и энергичность (выносливость, способность к длительной активной работе).

Зарубежные исследования, как правило, используют диспозиционный подход и фокусируются на связи темперамента с удовлетворенностью трудом и профессиональной успешностью практикующих врачей.

Исследование польских ученых с участием 297 врачей различных специальностей, проведенное с использованием модели «Большой пятерки», выявило, что экстраверсия, доброжелательность и добросовестность положительно коррелируют с удовлетворенностью трудом, тогда как нейротизм ее значимо снижает. При этом были обнаружены интересные специализированные эффекты: доброжелательность повышает удовлетворенность работой у терапевтов, хирургов, ортопедов и анестезиологов, тогда как экстраверсия особенно полезна для анестезиологов [3].



Исследование с использованием TEMPS-A среди 294 медицинских работников показало, что гипертимный, депрессивный, раздражительный и тревожный темпераменты предсказывают риск возникновения неудовлетворенности работой. Обращает на себя внимание, что гипертимный темперамент (обычно ассоциируемый с оптимизмом и высокой активностью) в данном контексте также связан с риском неудовлетворенности, что может объясняться несоответствием между высокой потребностью в стимуляции и рутинным характером многих медицинских задач.

Особого внимания заслуживает исследование Хиракавы с соавторами (2025), посвященное сравнению аффективных темпераментов у лиц, выбравших медицинские и немедицинские профессии. Вопреки исходной гипотезе, авторы не обнаружили значимых различий в темпераментальных характеристиках между группами. Единственным значимым предиктором выбора медицинской профессии оказалась отцовская забота в детском опыте. Этот результат ставит под сомнение прямую детерминацию профессионального выбора темпераментом, указывая на более сложную, опосредованную природу этой связи.

Анализ литературы позволяет говорить о специализированной природе связи темперамента с профессиональной успешностью: не существует «хороших» или «плохих» типов темперамента для медицины в целом, существуют типы, оптимальные для конкретных специализаций.

Хирургические специальности требуют высокой стрессоустойчивости, скорости реакции, способности принимать решения в условиях дефицита времени и неопределенности. Этим требованиям соответствуют холерический и сангвинический типы с их сильной нервной системой и подвижностью психических процессов.



Педиатрия предъявляет повышенные требования к коммуникативным способностям, эмоциональной экспрессивности, способности устанавливать контакт не только с пациентом, но и с его родителями. Здесь также преимущество имеют сангвиники и холерики.

Стоматология требует высокой точности, аккуратности, усидчивости и одновременно - способности к длительному контакту с пациентом, испытывающим страх и боль. Установленное исследователями доминирование меланхолического темперамента у студентов-стоматологов соответствует этим требованиям, хотя и создает риски ускоренного эмоционального истощения.

Анестезиология и реаниматология - области с экстремально высоким уровнем ответственности и стресса. Исследования показывают, что специалисты этих направлений демонстрируют повышенные показатели гипертимного темперамента, что позволяет им эффективно работать в условиях высокого риска и необходимости выполнения сложных медицинских задач в экстремальных условиях.

Медико-профилактическое дело и фармация, требующие систематичности, внимания к деталям и устойчивости к монотонии, чаще выбираются флегматиками.

Профессиональное выгорание представляет собой серьезную проблему в медицинской среде. Исследования показывают, что игнорирование индивидуально-типологических особенностей при выборе специализации может ускорять развитие этого синдрома. Как отмечают Е. В. Ненахова «при выборе профессии человек должен учитывать личностные качества, и их игнорирование может привести к профессиональному выгоранию, эмоциональным и физическим перегрузкам» [1].

С. Ломбардо установил, что депрессивный и тревожный темпераменты являются значимыми предикторами риска профессионального выгорания.



Врачи, испытывающие эмоциональное истощение и деперсонализацию, чаще сообщают о снижении удовлетворенности трудом [5].

Интересные данные получены в российском исследовании специалистов экстремальных видов деятельности (врачей скорой помощи, сотрудников МЧС). Выявлено, что синдром эмоционального выгорания формируется спустя 5-9 лет профессиональной деятельности, причем в его структуре преобладает фаза резистенции (47,5%), что указывает на активное сопротивление стрессу, сменяющееся затем истощением [6, 7].

Сравнительный анализ отечественных и зарубежных подходов

Сравнение отечественных и зарубежных исследований позволяет выделить ряд методологических и содержательных особенностей.

Методологические различия касаются прежде всего концептуального аппарата и инструментария. Отечественные исследования чаще оперируют классической типологией темпераментов (сангвиник, холерик, флегматик, меланхолик) и используют соответствующие опросники либо метод экспертных оценок. Зарубежные исследования, особенно последних лет, преимущественно используют модель «Большой пятерки» или TEMPS-A.

Содержательные различия проявляются в акцентах. Отечественные исследования больше внимания уделяют проблеме профессионального отбора и ориентации студентов медицинских вузов. Зарубежные исследования чаще фокусируются на удовлетворенности трудом и психологическом благополучии уже практикующих специалистов.

Важно отметить, что в обоих подходах прослеживается общая закономерность: связь темперамента с профессиональной успешностью носит специализированный, а не универсальный характер. Ни в одной культурной среде не обнаружено «абсолютно непригодных» для медицины типов



темперамента — речь идет об оптимальном соответствии индивидуальных особенностей требованиям конкретной специализации.

Заключение

Проведенный анализ позволяет сформулировать следующие выводы:

1. Темперамент является значимым фактором профессиональной успешности в медицине, однако его влияние опосредовано спецификой конкретной специализации.
2. Различные медицинские специальности предъявляют различные требования к темпераментальным характеристикам: хирургические и реаниматологические специальности требуют стрессоустойчивости и быстроты реакции (холерический, сангвинический типы), педиатрия — коммуникабельности и эмоциональной экспрессивности (сангвинический тип), стоматология - точности и усидчивости (меланхолический тип), медико-профилактическое дело - систематичности (флегматический тип).
3. Игнорирование индивидуально-типологических особенностей при выборе специализации повышает риск профессионального выгорания и снижения удовлетворенности трудом.
4. Роль темперамента в профессиональном выборе не следует абсолютизировать: как показало исследование Хиракавы, социальные и семейные факторы (в частности, отцовская забота) могут вносить сопоставимый или даже больший вклад в выбор медицинской профессии.

На основе этих выводов можно предложить следующие практические рекомендации:

- Внедрение системы профориентационного консультирования в медицинских вузах с использованием валидных методик оценки темперамента.



- Учет темпераментальных характеристик при распределении интернов и ординаторов по специализациям (добровольный, рекомендательный характер).
- Разработка программ психологической поддержки для специалистов «группы риска» (меланхолики в высокострессовых специальностях) .
- Формирование у студентов понимания своих индивидуально-типологических особенностей и их роли в будущей профессиональной деятельности.

Источники и литература / Sources and references:

1. Ненахова Е.В., Федорова С.А., Тельнова Ю.А. К вопросу о роли темперамента в выборе медицинской специальности // Эпомен: медицинские науки. - 2022. - № 5. - С. 18.
2. Personality at Work: How It Shapes Job Satisfaction in Doctors // Directory of Open Access Journals. - 2025.
3. Hirakawa H., Terao T., Kohno K., Sakai A., Kawano N. Comparison of affective temperament, parental bonding, and intelligence between individuals who chose medical and non-medical professions // Frontiers in Medicine. -2025. - Vol. 12. - 1647460.
4. Акименко Г.В., Яковлев А.С. Эволюция медицинского образования в эпоху цифровой революции // Актуальные вызовы и проблемы медицинского и фармацевтического образования. материалы XVI научно-методической конференции с международным участием. Кемерово, 2025. - С. 257-263.
5. Lombardo C., Mento C., De Stefano R., et al. Job satisfaction in the health professions: The role of affective temperaments // Work. 2023. - Vol. 75, No. 3. -P. 1001-1007.
6. Карачарова Ю.А. Экспертный анализ психологических характеристик участкового врача-терапевта как факторов успешности



профессиональной деятельности // Молодой ученый. - 2009. - № 10 (10). - С. 310-315.

7. Склярова А.В., Механтьева Л.Е., Склярова Т.П. и др. Особенности эмоционального состояния специалистов с экстремальными видами деятельности // Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы II Междунар. науч. конф. - М.: Буки-Веди, 2013. - С. 77-79.

**КОГНИТИВНЫЕ ПАТТЕРНЫ ПОКОЛЕНИЯ Z В КОНТЕКСТЕ
ОСВОЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗНАНИЯ:
ВЫЗОВЫ ЦИФРОВОЙ ЭПОХИ**

Хакимзянова М. Н.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – канд. ист. наук, доцент Г.В. Акименко

Аннотация. В статье рассматривается влияние клипового мышления на когнитивные процессы студентов младших курсов при освоении психологических дисциплин. Актуальность обусловлена переходом высшего образования в цифровую среду и жалобами преподавателей на снижение способности к анализу, рефлексии и работе с объёмными текстами. Цель - выявить специфику восприятия, внимания, памяти и мыслительных операций у первокурсников с выраженными чертами клипового мышления в контексте изучения психологии. Методы: теоретический анализ, опрос (N=85), методика «Краткий ориентационный тест» (КОТ), тест структуры интеллекта Амтхауэра (субтесты на логику и вербальное мышление), анкета на самовосприятие клипового мышления. Результаты показывают, что студенты с высокими показателями фрагментарности восприятия демонстрируют трудности в удержании последовательных рассуждений (например, при анализе



психологических теорий), склонность к визуализации абстрактных понятий и быструю пресыщаемость монотонной когнитивной нагрузкой. Однако они же проявляют более высокую скорость переключения внимания и способность к параллельному решению простых задач. Сделан вывод о необходимости адаптации методики преподавания психологии под гибридные когнитивные стили.

Ключевые слова: клиповое мышление, студенты младших курсов, когнитивные процессы, изучение психологии, внимание, память, цифровое поколение, когнитивные стили.

GENERATION Z COGNITIVE PATTERNS IN THE CONTEXT OF PSYCHOLOGICAL KNOWLEDGE MASTERING: CHALLENGES OF THE DIGITAL AGE

Khakimzyanova M. N.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University o, Kemerovo, Russia

Scientific adviser – G.V. Akimenko

Abstract. The article examines the impact of clip thinking on the cognitive processes of first-year students in the context of studying psychological disciplines. The relevance of the study is due to the transition of higher education to a digital environment and the complaints of teachers about a decrease in the ability to analyze, reflect, and work with extensive texts. The aim of the study is to identify the specific features of perception, attention, memory, and mental operations in first-year students with pronounced traits of clip thinking in the context of studying psychology. Methods: theoretical analysis, survey (N=85), the Brief Orientation Test (BOT), the Amthauer Structure of Intelligence Test (subtests on logic and verbal thinking), and a questionnaire on self-perception of clip thinking. The results show that students with high levels of fragmented perception have difficulty maintaining consistent reasoning



(e.g., when analyzing psychological theories), tend to visualize abstract concepts, and quickly become bored with monotonous cognitive tasks. However, they also demonstrate a higher speed of attention switching and the ability to solve simple tasks in parallel. The article concludes that it is necessary to adapt the methodology of teaching psychology to hybrid cognitive styles.

Keywords: clip thinking, junior students, cognitive processes, studying psychology, attention, memory, digital generation, cognitive styles.

Введение

Современное поколение студентов (так называемые «цифровые аборигены») сформировалось в условиях гипертекстовой среды, коротких форматов контента (TikTok, Reels, мемы) и высокой информационной плотности [1]. Это привело к распространению феномена «клипового мышления» (Г.С. Чекалина, К.Г. Фрумкин), характеризующегося фрагментарностью, образностью, быстрой переключаемостью и сниженной способностью к длительному удержанию логической цепочки.

Психология как научная дисциплина предъявляет специфические требования к процессу обучения, включающие последовательное чтение, глубокую рефлекссию и установление причинно-следственных связей между теоретическими концепциями и их практическим применением. Однако, в условиях современного образовательного процесса наблюдается противоречие между традиционной системой преподавания психологии, основанной на линейной логике, и когнитивными особенностями студентов младших курсов, которые всё чаще характеризуются клиповой структурой восприятия информации.



Цель данной работы - систематизировать современные данные о когнитивных особенностях поколения Z и выявить их импликации для процессов освоения психологического знания.

Клиповое мышление в литературе связывают с изменениями в работе:

- Внимания – доминирование непроизвольного, трудности с произвольной концентрацией более 10–15 минут (Small, Vorgan, 2008).
- Памяти – снижение роли долговременной вербально-логической памяти, рост опоры на «внешнюю память» (гаджеты).
- Мышления – преобладание конкретно-образного, трудности с дедукцией и абстрагированием (Фрумкин, 2014).

Применительно к изучению психологии это проявляется в:

- неспособности удержать последовательность этапов психологического эксперимента;
- подмене понимания термина мемом или быстрой ассоциацией;
- ожидании «сжатых» объяснений (чек-листы, схемы вместо текста).

Однако некоторые авторы (Соколова, 2019) указывают, что клиповое мышление - не дефицит, а адаптация к информационной среде [5]. Задача преподавателя - не отрицать его, а учитывать при проектировании курсов.

Методология исследования

Выборка: 25 студентов 1–2 курсов обучающихся по специальности «Сестринское дело» (18–20 лет, 78% девушки). Все обучаются по стандартной программе с традиционными лекциями и семинарами.

Методики:

1. Авторская анкета «Стиль работы с информацией» (шкалы: предпочтение коротких форматов, частота сёрфинга, самооценка клипового мышления, α Кронбаха = 0,82).



2. Субтест №4 (логический отбор) и №6 (вербальное мышление) из теста Амтхауэра — для измерения линейной логики и оперирования понятиями.
3. Методика «Таблицы Шульте» (скорость переключения внимания) и корректурная проба (Бурдон) — устойчивость внимания.
4. КОТ (краткий тест способностей) — общий когнитивный потенциал.
5. Контент-анализ письменных ответов на открытый вопрос: «Объясните, что такое “условный рефлекс” и приведите пример из кино/игры».

Результаты

Были выделены две контрастные группы (на основе анкеты и показателя переключаемости/устойчивости внимания):

- Группа КМ+ (N=29, высокий балл по клиповости, низкая устойчивость внимания, высокая скорость переключения, предпочтение видео 1–3 мин);
- Группа КМ- (N=28, низкий балл по клиповости, высокая устойчивость, средняя скорость переключения, предпочтение текста).

Сравнительные данные:

Показатель	КМ+ (ср. ± ст. откл.)	КМ- (ср. ± ст. откл.)	p-level
Устойчивость внимания (Бурдон, коэф. точности)	0,58 ± 0,11	0,87 ± 0,09	<0,001
Скорость переключения (Шульте, сек)	68,4 ± 12,3	95,2 ± 18,7	<0,01
Логическое мышление (Амтхауэр, сырой балл)	9,2 ± 2,4	14,5 ± 2,1	<0,001
Вербальное мышление (Амтхауэр)	17,3 ± 3,1	24,8 ± 2,9	<0,001



Показатель	КМ+ (ср. $\pm$ ст. откл.)	КМ- (ср. $\pm$ ст. откл.)	p- level
КОТ (интегральный балл)	19,5 $\pm$ 3,8	26,4 $\pm$ 3,2	<0,001

Контент-анализ объяснений условного рефлекса: в группе КМ+ 76% ответов содержали визуально-нарративные примеры (из «Человека-паука», «Игры престолов»), но 68% не смогли описать схему «стимул $\rightarrow$ реакция $\rightarrow$ подкрепление» вербально. В группе КМ- 82% дали формально корректное определение.

Корреляции: отрицательная связь между самооценкой клиповости и результатами по вербальной логике ($r=-0.61$, $p < 0.01$). Положительная связь клиповости со скоростью выполнения простых перцептивных задач ($r=0.44$, $p < 0.05$).

Обсуждение

Результаты подтверждают, что студенты младших курсов с чертами клипового мышления не являются «когнитивно слабыми» в целом: они быстрее переключаются, успешнее в многозадачности, но проигрывают в задачах, требующих аналитического развёртывания, абстрагирования и удержания логической структуры. При изучении психологии это создаёт разрыв между формой подачи (лекции 90 мин, параграфы 20+ страниц) и когнитивными возможностями приёма информации.

Особую тревогу вызывает низкая способность к оперированию психологическими конструктами (личность, бессознательное, интериоризация) в отрыве от конкретного визуального образа. Студенты КМ+ не могут удержать определение, не найдя ему «мемный» эквивалент. Практика показывает, что



стандартные письменные работы (эссе, рефераты) ими выполняются худшего качества (в 1,5–2 раза больше плагиата и компиляции коротких абзацев).

Однако полное отрицание клипового мышления контрпродуктивно. Мы предлагаем дидактические модификации:

1. Синхронизация длительности модулей: разбивка лекции на мини-блоки (7–10 мин) со сменой активности.
2. Визуальное картирование теорий (mind maps, скетчинг вместо линейных конспектов).
3. Метод подкаста-рефлексии: студент сначала слушает короткое аудио (5 мин) по теме, затем формулирует вопрос.
4. Превращение чтения в интервальную задачу: прочитать 5 страниц и нарисовать сюжетный граф (не пересказ, а связи понятий) [3-4].

Заключение

Клиповое мышление студентов младших курсов - реальный когнитивный феномен, влияющий на процесс освоения психологии. Он проявляется не столько в снижении интеллекта, сколько в изменении структуры когнитивных операций: ослаблении логико-вербальной составляющей при сохранении (и даже усилении) перцептивной скорости.

Традиционная академическая модель обучения требует ревизии с учётом такого когнитивного профиля. Необходимы дальнейшие лонгитюдные исследования: как клиповое мышление трансформируется к старшим курсам под влиянием самой психологической подготовки.

Для эффективного освоения психологии поколением Z требуется адаптация дидактических стратегий с учетом выявленных когнитивных паттернов.



1. Микромодульная организация содержания: разбивка учебного материала на короткие, логически завершенные блоки (10–15 минут), между которыми предусмотрены активные переключения.
2. Визуализация абстрактных конструкторов: использование ментальных карт, схем, инфографики для представления теоретических моделей; лекции в формате «скрайбинг» визуализируют логику рассуждения.
3. Активное обучение с элементами геймификации: case-study, психологические игры, симуляции - формы, удерживающие внимание через интерактивность и немедленную обратную связь.
4. Формирование метакогнитивных стратегий: целенаправленное обучение приемам концентрации внимания, рефлексивным практикам (ведение дневников наблюдения), техникам управления когнитивной нагрузкой.
5. Интеграция цифровых и аналоговых форматов: использование цифровых инструментов для информационного поиска и навигации сочетается с «медленным чтением» оригинальных психологических текстов, письменными рефлексивными заданиями.

Важно подчеркнуть, что речь не идет о «снижении планки» или упрощении психологического образования. Напротив, выявленные когнитивные особенности делают задачу освоения психологии более сложной, поскольку дисциплина требует именно тех качеств, которые в цифровой среде формируются с трудом- устойчивого внимания, рефлексии, толерантности к неопределенности.

Источники и литература / Sources and references:

1. Акименко Г.В. Клиповое мышление как фактор изменения образовательных технологий в современной высшей школе // Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Селедцов А.М., Яковлев А.С. / Современный культурно-



социальный контекст и проблемы медицинского образования. Материалы II Международной научно-практической конференции. Кемерово, 2023. С. 5-16.

2. Соколова Е.Т., Бурлакова Н.С. Когнитивные стили в цифровой среде // Вопросы психологии. – 2019. – № 3. – С. 42–53.

3. Полева, Н.С., Юрченко, Н.И. Особенности психологического развития поколений Z и Альфа // Новые психологические исследования. 2025. № 3. С. 126–147.

4. Акименко Г. В., Михайлова Т. М. Феномен «клипового»: идентификация вида когнитивной деятельности // International innovation research. Сборник статей IX Международной научно-практической конференции: в 2 частях. 2017. С. 268-271.

5. Культурно-образовательное пространство вуза как перспективная модель воспитания // Акименко Г.В., Асанов С.А., Ведерникова А.В., Головки О.В., Гукина Л.В., Игишева Л.Н., Ким А.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Марьина М.Г., Мехова Г.А., Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Степанова М.Г., Сумбаев Е.А., Тарасова О.Л., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В. и др. Москва, 2024. 259 с.

БЛЮМА ВУЛЬФОВНА ЗЕЙГАРНИК: ЗАБЫТАЯ КЛАССИКА ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ

Холзенева Е. Я.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – канд. психол. наук, доцент Е. В. Янко

Аннотация. Целью исследования является анализ научного наследия Блюмы Вульфовны Зейгарник как одной из ключевых фигур отечественной психологии XX века, основательницы экспериментальной патопсихологии. В



работе использованы биографический, историко-психологический и сравнительно-аналитический методы изучения ее трудов и влияния на развитие дисциплины. Основные результаты включают характеристику эффекта Зейгарник, вклад в теорию личности и патопсихологию, а также обоснование актуальности ее идей для современной клинической психологии и реабилитации. Значение работы заключается в возвращении внимания к классике отечественной науки, демонстрации преемственности традиций и потенциале идей Зейгарник для решения современных задач психологической помощи.

Ключевые слова: Блюма Вульфовна Зейгарник, эффект Зейгарник, патопсихология, история отечественной психологии, экспериментальная патопсихология, личность и патология деятельности, советская психология, Курт Левин.

BLUMA VULFOVNA ZEIGARNIK: A FORGOTTEN CLASSIC OF RUSSIAN PSYCHOLOGY

Kholzeneva E. Ya.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific supervisor – E. V. Yanko

Abstract. The aim of the study is to analyze the scientific heritage of Bluma Vulfovna Zeigarnik as one of the key figures in Russian psychology of the 20th century, the founder of experimental pathopsychology. The work uses biographical, historical-psychological and comparative-analytical methods for studying her works and influence on the development of the discipline. The main results include a characterization of the Zeigarnik effect, contribution to personality theory and pathopsychology, as well as substantiation of the relevance of her ideas for modern clinical psychology and rehabilitation. The significance of the work lies in drawing attention back to the classics of domestic science, demonstrating the continuity of



traditions and the potential of Zeigarnik's ideas for solving modern problems of psychological assistance.

Keywords: Bluma Vulfovna Zeigarnik, Zeigarnik effect, pathopsychology, history of Russian psychology, experimental pathopsychology, personality and pathology of activity, Soviet psychology, Kurt Lewin.

Введение

Блюма Вульфовна Зейгарник (1900–1988) занимает особое место в истории отечественной психологии. Её научный путь отражает сложные переплетения европейской и советской психологических традиций. Получив образование в Берлинском университете под руководством Курта Левина, она уже в молодом возрасте провела исследование, которое вошло в мировую науку как «эффект Зейгарник» [5].

Вернувшись в 1931 году в СССР, Зейгарник активно включилась в развитие новой советской психологии. Она сотрудничала с Л.С. Выготским, принимала участие в восстановительной работе с военнослужащими, перенёсшими черепно-мозговые травмы в годы Великой Отечественной войны, а позже сыграла важную роль в организации факультета психологии Московского государственного университета и становлении отечественной клинической психологии.

Несмотря на серьёзные научные достижения и официальное признание - Ломоносовскую премию (1978) и премию имени Курта Левина Американской психологической ассоциации (1983) - её имя в современных учебных программах и популярной литературе часто упоминается лишь вскользь. Такая ситуация связана как с историческими трудностями жизни учёного (репрессии против близких, кампания против космополитизма), так и с общей тенденцией к упрощённому восприятию истории психологии. Настоящая статья ставит целью



комплексно осветить вклад Б.В. Зейгарник, проанализировать основные направления её научной деятельности и раскрыть значение её идей для современной психологической практики.

Объекты и методы исследования

Объектом анализа выступают научные труды Б.В. Зейгарник, биографические материалы и вторичные источники по истории психологии. Методы: историко-психологический анализ, контент-анализ ключевых публикаций, сравнение с современными подходами в клинической психологии.

Результаты и их обсуждение

В середине 1920-х годов в лаборатории Курта Левина Зейгарник выполнила серию экспериментов, продемонстрировавших, что незавершённые действия сохраняются в памяти значительно лучше, чем завершённые. Когда задание прерывали, испытуемые впоследствии вспоминали его почти в два раза чаще [5, С. 1–85].

Это явление объяснялось возникновением особого внутреннего напряжения (квазипотребности), которое удерживало незавершённое действие в активном поле сознания. Феномен нашёл применение далеко за пределами академической психологии: в педагогике, управлении, рекламе и самоорганизации.

В советский период Зейгарник успешно соединила идеи гештальтпсихологии с культурно-историческим подходом. Во время войны она занималась реабилитацией высших психических функций. Позже ею была создана оригинальная система экспериментальной патопсихологии.

Учёный последовательно отстаивала мысль, что психические процессы при заболеваниях подчиняются тем же фундаментальным закономерностям, что и в норме, меняются лишь условия их протекания [1, С. 23–24]. Особое внимание она уделяла роли собственной активности человека в формировании



клинической картины расстройства расстройства [1, С. 45]. Патопсихологический эксперимент, по её мнению, должен не просто фиксировать симптомы, а раскрывать структуру нарушения — мотивационный, операциональный и регуляторный уровни деятельности.

В работах «Личность и патология деятельности» и «Патопсихология» (1986) подчёркивается целостный взгляд на человека даже в условиях тяжёлой болезни. Такой подход открывал реальные возможности для психологической коррекции и социальной реабилитации [2].

Практическое значение и влияние

Б.В. Зейгарник подготовила целую плеяду специалистов (М.М. Коченов, Е.Т. Соколова, Б.С. Братусь и др.), чьи работы продолжают развивать её идеи. Сегодня её методология особенно востребована в работе с последствиями черепно-мозговых травм, посттравматическими стрессовыми расстройствами, когнитивными нарушениями у пожилых людей, а также в рамках практики, основанной на научных доказательствах.

Заключение

Блюма Вульфовна Зейгарник - яркий пример учёного, чьё наследие выдержало испытание временем. Объединив лучшие достижения гештальтпсихологии, культурно-исторической школы и собственный экспериментальный опыт, она создала одно из наиболее продуктивных направлений отечественной клинической психологии — экспериментальную патопсихологию.

Её подход, подчёркивающий единство закономерностей психики в норме и патологии, а также огромную роль активности самого человека в преодолении трудностей, остаётся глубоко гуманистическим и практически полезным. В эпоху, когда медицина и психология всё больше ориентируются на



междисциплинарность, персонализацию помощи и реабилитацию, идеи Зейгарник звучат особенно современно.

К сожалению, в последние десятилетия её труды недостаточно активно изучаются в вузах и используются в практике. Это привело к определённым разрывам преемственности. Возвращение к творческому наследию Б.В. Зейгарник позволит не только восстановить историческую справедливость, но и обогатить современный инструментарий психологов качественными методами анализа, ориентированными на личность пациента в целом.

Перспективными направлениями дальнейшей работы представляются: углублённое изучение архивных материалов, переиздание ключевых монографий, проведение новых эмпирических исследований на основе её методологии, а также интеграция её идей в образовательные программы медицинских и психологических вузов.

Так можно сделать вывод, что Блюма Вульфовна Зейгарник - это не просто страница истории психологии, а учёный, чьи идеи продолжают помогать людям, подтверждая непреходящую ценность глубокого, системного и гуманного подхода к изучению человеческой психики.

Источники и литература / Sources and references:

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология: 2-е изд., перераб. и доп. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. 287 с.
2. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1971. 208 с.
3. Зейгарник Б.В. Патология мышления. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1962.
4. Зейгарник Б.В. Нарушения мышления у психически больных. М., 1958.
5. Zeigarnik B. Das Behalten erledigter und unerledigter Handlungen // Psychologische Forschung. 1927. Bd. 9. S. 1–85.



6. Золотова Н.В., Мазиллов В.А., Базиков М.В. Научное наследие Б.В. Зейгарник в отечественной медицинской (клинической) психологии // Ярославский педагогический вестник. 2016. № 1. С. 174–181.
7. Зейгарник А.В. Блюма Вульфовна Зейгарник (попытка портрета) // Культурно-историческая психология. 2001. № 4. С. 77–85.
8. Лурия А.Р. Восстановление функций после военной травмы. М.: Изд-во АМН СССР, 1948.
9. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956.
10. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения. М.: Медицина, 1970

**ПСИХОЛОГИЯ КРИЗИСНЫХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ:
ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ
ПОДХОДОВ И КОНЦЕПЦИЙ**

Шатских А. Е.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – канд. ист. наук, доцент Г.В. Акименко

Аннотация. В статье представлен обзор отечественной и зарубежной литературы, посвященной проблеме психологии кризисных и экстремальных состояний. Проведен анализ дифференциации понятий «кризис», «экстремальная ситуация» и «травматический стресс». Рассмотрены классические теории стресса (Г. Селье, Р. Лазарус) и современные модели посттравматического стрессового расстройства. Обобщены данные об этапах психического реагирования в чрезвычайных обстоятельствах и описаны основные направления психологической интервенции.



Ключевые слова: кризисная психология, экстремальная ситуация, стресс, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), копинг-стратегии, психологическая помощь, травма.

PSYCHOLOGY OF CRISIS AND EXTREME SITUATIONS: LITERARY REVIEW OF MODERN APPROACHES AND CONCEPTS

Shatskikh A. E.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific Supervisor - G.V. Akimenko

Abstract. The article presents a review of domestic and foreign literature devoted to the problem of psychology of crisis and extreme conditions. The analysis of the differentiation of the concepts of «crisis», «extreme situation» and «traumatic stress» is carried out. Classical theories of stress (H. Selye, R. Lazarus) and modern models of post-traumatic stress disorder are considered. The data on the stages of mental response in extraordinary circumstances are summarized and the main directions of psychological intervention are described.

Keywords: crisis psychology, extreme situation, stress, post-traumatic stress disorder (PTSD), coping strategies, psychological assistance, trauma.

Введение

Современная действительность характеризуется высокой частотой возникновения событий, выходящих за рамки обычного человеческого опыта: техногенные катастрофы, вооруженные конфликты, пандемии и стихийные бедствия. Психология кризисных и экстремальных ситуаций выделилась в самостоятельное междисциплинарное направление на стыке клинической психологии, психиатрии и психологии труда.



Целью данного литературного обзора является систематизация существующих теоретических представлений о динамике психических состояний в условиях кризиса и экстремума, а также анализ эффективности стратегий психологической поддержки населения и специалистов, работающих в особых условиях.

Терминологическая дифференциация: кризис, стресс, экстремальность

В научной литературе существует принципиальное различие между понятиями «кризисная ситуация» и «экстремальная ситуация».

1. Экстремальная ситуация (от лат. *extremus* — крайний) трактуется как обстановка, возникающая под воздействием сверхсильных или необычных по своей структуре раздражителей, создающих реальную угрозу витальным потребностям человека (жизни, физической целостности). По определению М.Ш. Магомед-Эминова, экстремальность — это выход за пределы обыденного опыта, «бытие на грани небытия» [1].

2. Кризисная ситуация (от греч. *krisis* — поворотный пункт) в понимании Дж. Каплана и Э. Линдемманна — это состояние, при котором привычные механизмы совладания со стрессом не срабатывают, и возникает дезорганизация деятельности, требующая от личности качественно новой адаптации [2].

Таким образом, любая экстремальная ситуация может спровоцировать психологический кризис, но кризис может развиваться и в отсутствие объективной физической угрозы (например, экзистенциальный кризис, кризис идентичности).

Теоретические модели стресса и травмы

История изучения реакций человека на экстремальные воздействия восходит к работам У. Кэннона (реакция «бей или беги») и получила



фундаментальное развитие в теории общего адаптационного синдрома Г. Селье. Селье выделил три стадии стресса: тревога, резистентность, истощение. Эта биологическая модель легла в основу понимания физиологических сдвигов в чрезвычайных условиях.

Переход от физиологического понимания к психологическому был осуществлен Р. Лазарусом и С. Фолкман в рамках транзактной модели стресса. Ключевым тезисом данной концепции является утверждение, что решающую роль играет не сам по себе внешний стимул (катастрофа), а его когнитивная оценка индивидом: оценка угрозы и оценка собственных ресурсов для совладания (копинга) [3].

В отечественной психологии значительный вклад в понимание реакций в экстремальной обстановке внесли работы Ю.А. Александровского и Ф.И. Иванова. Они описали феномен «психогений», возникающих в условиях боевых действий и стихийных бедствий, подчеркивая роль конституциональной предрасположенности и астенизации [4].

Психологические реакции и этапы переживания чрезвычайной ситуации (ЧС)

Обобщая данные исследований (Л.А. Китаев-Смык, Н.В. Тарабрина), можно выделить классическую динамику психических состояний в очаге ЧС, известную в литературе как модель М. Горовица или модель Кюблер-Росс, адаптированную для катастроф.

Этапы психического реагирования:

1. Витальные реакции (шок и острый эмоциональный шок). Длительность от нескольких минут до нескольких часов. Характеризуется сужением сознания, двигательным возбуждением (реже ступором), неспособностью адекватно оценивать масштаб угрозы. Исследования В.



Франкла в условиях концлагерей показали, что на этом этапе поведение регулируется преимущественно инстинктами самосохранения.

2. Стадия психофизиологической демобилизации. Наступает после завершения спасательных работ или выхода из зоны непосредственной опасности. Резкое ухудшение самочувствия, апатия, чувство вины выжившего. В этот период высока вероятность суицидальных мыслей и развития острых стрессовых реакций (ОСР).

3. Стадия разрешения или хронификации. Согласно данным Н.В. Тарабриной, примерно у 20-30% пострадавших в течение 1-6 месяцев формируется Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) [5]. В клинической картине доминируют симптомы вторжения (флэшбэки), избегания (эмоциональная анестезия) и гипервозбуждения (бессонница, раздражительность).

Особенности коллективных реакций в очаге бедствия

В литературе по психологии массового поведения (Г. Лебон, С. Московичи, А.П. Назаретян) подчеркивается, что в экстремальных условиях индивидуальная психика трансформируется под влиянием феноменов толпы.

- Паника. Определяется как временное переживание неконтролируемого страха, приводящее к дезорганизации поведения. В.А. Моляко отмечает, что паника возникает не в момент самой высокой опасности, а в момент осознания *нехватки информации и отсутствия лидерства*.

- Слухи и дезинформация. В условиях информационного вакуума, характерного для первой фазы ЧС, активизируется механизм циркуляции слухов, которые служат суррогатным способом снижения тревоги.

- Просоциальное поведение. Современные исследования (Дж. Друри, К. Кокинг) опровергают миф о повсеместной панике. В реальности в очагах бедствия чаще наблюдается «стихийная социальная идентичность» — высокий



уровень альтруизма, кооперации и взаимопомощи среди незнакомых ранее людей [6].

Методы психологической помощи и профилактики

Литературный анализ показывает эволюцию подходов от классического дебрифинга к принципам «первой психологической помощи».

1. Критический анализ дебрифинга (CISD). Метод, предложенный Дж. Митчеллом, долгое время считался «золотым стандартом». Однако метаанализы последних лет (напр., в журнале *The Lancet Psychiatry*) указывают на то, что однократный дебрифинг не только не предотвращает развитие ПТСР, но в ряде случаев может способствовать ретравматизации и «застреванию» на негативных воспоминаниях.

2. Первая психологическая помощь (ППП). В руководствах ВОЗ и МЧС России акцент смещен на удовлетворение базовых потребностей, обеспечение чувства безопасности, социальную поддержку и отказ от активного «вскрытия» эмоций в острой фазе. PPP базируется на протоколах «Смотри, Слушай, Направляй».

3. Доказательные методы терапии ПТСР. При отдаленных последствиях наиболее эффективными признаны когнитивно-поведенческая терапия, сфокусированная на травме (ТФ-КПТ), и десенсибилизация и переработка движением глаз (EMDR), разработанная Ф. Шапиро. Эффективность этих методов подтверждена многочисленными рандомизированными контролируемые исследованиями, обобщенными в руководствах Американской психологической ассоциации (АРА) [7].

6. Профессиональное здоровье специалистов экстремального профиля

Отдельный пласт литературы посвящен психологии спасателей, пожарных и военнослужащих. В работах М.И. Марьина, С.С. Соловьева и В.Ю.



Рыбникова подробно описаны механизмы развития профессионального выгорания и вторичной травмы.

Ключевой концепцией здесь выступает «синдром эмоционального выгорания» (К. Маслач, В.В. Бойко). Установлено, что хроническое воздействие стрессоров низкой и средней интенсивности (ответственность за жизнь людей, работа с телами погибших) часто является более патогенным фактором, чем единичное интенсивное потрясение. Исследования Б.С. Положего и Е.А. Пономаревой показывают высокую распространенность депрессивных и психосоматических расстройств среди ветеранов спасательных служб [8].

Заключение

Проведенный литературный обзор позволяет сделать следующие выводы:

1. Психология кризисных и экстремальных ситуаций представляет собой динамично развивающуюся область знания, интегрирующую данные нейробиологии стресса, когнитивной психологии и социальной психологии масс.
2. Ключевым фактором развития патологических последствий является не объективная сила стрессора, а субъективная оценка угрозы и доступность внутренних и внешних ресурсов для совладания.
3. Произошел существенный пересмотр подходов к экстренной психологической помощи: от активного вмешательства (дебрифинг) к экологичным методам, ориентированным на естественные процессы восстановления психики и социальную поддержку (Первая психологическая помощь).
4. Актуальной задачей будущих исследований остается разработка дифференцированных программ профилактики отсроченных последствий травматического стресса для различных профессиональных и возрастных групп населения.



Источники и литература / Sources and references:

1. Магомед-Эминов М.Ш. Экстремальная психология. - М.: Психоаналитическая ассоциация, 2006. - Т. 2.
2. Акименко Г.В. Стрессогенные факторы и жизнестойкость личности во время пандемии COVID – 19 // Problems and prospects in the international transfer of innovative technologies. Collection of articles based on the results of International scientific and practical conference. Sterlitamak, 2022. С. 49-53.
3. Селедцов А.М., Акименко Г.В., Яковлев А.С. Факторы риска возникновения посттравматического стрессового расстройства в современных условиях: обзор литературы // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы в XXI веке: новые задачи и возможные пути решения / Сборник материалов II Международной научно-практической конференции, к 170 - летию со дня рождения Сергея Сергеевича Корсакова - основателя русской психиатрической школы. Кемерово, 2024. С. 415-429.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при чрезвычайных ситуациях. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. - СПб.: Питер, 2001.
6. Drury J., Cocking C., Reicher S. The nature of collective resilience: Survivor reactions to the 2005 London bombings // International Journal of Mass Emergencies and Disasters. - 2009. - Vol. 27(1). - P. 66-95.
7. Shapiro F. EMDR: The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma. - Basic Books, 2016.
8. Рыбников В.Ю. Психологическое прогнозирование надежности деятельности и реабилитации специалистов экстремального профиля. - СПб.: ВЦЭРМ, 2015.



**НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ИМПУЛЬСИВНОЙ
АГРЕССИИ И ДИСФУНКЦИИ ТОРМОЖЕНИЯ
У ПОДРОСТКОВ С СДВГ**

Шварц И. С.

*Кафедра нормальной физиологии имени профессора Н. А. Барбараш
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Научный руководитель – д-р. мед. наук, доцент Д. Ю. Кувшинов

Аннотация. В работе систематизированы современные данные о нейрофизиологических и вегетативных коррелятах импульсивной агрессии у подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). На основе теоретического анализа литературы (2021–2026 гг.) выделены три ключевых механизма: ГАМК-зависимый дефицит префронтального торможения, дисрегуляция парасимпатического тонуса (снижение RSA и вариабельности сердечного ритма) и низкий волевой контроль как предиктор развития агрессивного поведения. Показана роль инвертированной U-образной зависимости работы префронтальной коры от уровня дофамина и норадреналина, а также феномен «застревания» вегетативной реакции после стресса.

Ключевые слова: СДВГ, импульсивная агрессия, префронтальная кора, ГАМК, вариабельность сердечного ритма, волевой контроль, эмоциональная дисрегуляция.

**NEUROPHYSIOLOGICAL CORRELATES
OF IMPULSIVE AGGRESSION AND INHIBITORY DYSFUNCTION
IN ADOLESCENTS WITH ADHD**

Ivan S. S.

*Department of Normal Physiology named after Professor N.A. Barbarash
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor D. Y. – Kuvshinov*



Abstract. The paper systematizes current data on neurophysiological and autonomic correlates of impulsive aggression in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Based on a theoretical analysis of the literature (2021-2026), three key mechanisms are identified: GABA-dependent deficit of prefrontal inhibition, dysregulation of parasympathetic tone (reduced RSA and heart rate variability), and low effortful control as a predictor of aggressive behavior. The role of the inverted U-shaped dependence of prefrontal cortex functioning on dopamine and norepinephrine levels, as well as the phenomenon of “stuck” autonomic response after stress, is demonstrated.

Keywords: ADHD, impulsive aggression, prefrontal cortex, GABA, heart rate variability, effortful control, emotion dysregulation.

Введение

Актуальность данной работы обусловлена резким ростом общественного интереса к проблеме СДВГ в российском сегменте интернета. Согласно данным Google Trends, за последние пять лет индекс поискового интереса к термину вырос с 20 до 100 пунктов в пике (61 пункт на апрель 2026 г.). Особая клиническая значимость среди подростков выражается в поведенческих паттернах импульсивной агрессии, которая часто сопутствует основным симптомам СДВГ и усугубляет социальную дезадаптацию. В связи с этим исследование нейрофизиологического патогенеза и поиск коррелятов дисфункции торможения являются важными для разработки способов терапии и коррекции.

Проблематика: отсутствие систематизированных данных о физиологических коррелятах и предикторах импульсивной агрессии при СДВГ затрудняет раннее выявление риска и выбор адекватных профилактических стратегий.



Объект исследования: нейрофизиологические процессы регуляции поведения у подростков с СДВГ.

Предмет исследования: связь дисфункции систем торможения с проявлением импульсивной агрессии.

Цель исследования: выявить и систематизировать физиологические корреляты и предикторы импульсивной агрессии у подростков с СДВГ для обоснования превентивных подходов.

Задачи исследования:

1. Определить физиологические корреляты, отражающие текущий дефицит торможения и связанные с агрессивным поведением при СДВГ.
2. Выделить психофизиологические предикторы, позволяющие прогнозировать риск развития импульсивной агрессии у подростков с СДВГ

Гипотеза исследования: импульсивная агрессия у подростков с СДВГ является следствием дефицита нисходящего контроля со стороны префронтальной коры, что находит отражение в специфических нейрофизиологических и вегетативных маркерах.

Объекты и методы исследования

Работа выполнена в жанре теоретического обзора. Проведён анализ литературных источников, опубликованных в период 2021-2026 гг. в рецензируемых научных журналах, индексируемых в базах PubMed, Scopus и РИНЦ. Поиск осуществлялся по ключевым словам: «ADHD», «impulsive aggression», «prefrontal cortex inhibition», «GABA», «heart rate variability», «effortful control», «emotion dysregulation».

Результаты и их обсуждение

1. Дисфункция префронтального торможения как центральный физиологический коррелят импульсивной агрессии. Снижение уровня ГАМК у детей с СДВГ является механизмом, лежащим в основе дефицита коркового



торможения, что подтверждает значительную роль ГАМК в тормозных кортикальных процессах [2]. При СДВГ снижена индукция ГАМК при выполнении задания на удержание внимания в полосатом теле и передней поясной коре, что приводит к неспособности префронтальной коры (ПФК) генерировать тормозной сигнал в ответ на когнитивную нагрузку [2].

Систематические обзоры подтверждают, что для детей с СДВГ характерна отклоняющаяся от нормы активность в префронтальной коре (ПФК) и поясной коре (ПК), которые напрямую связаны с торможением импульсивной агрессии [3, 4, 5]. Кроме того, при СДВГ достоверно отмечаются структурные изменения в области ПК [3, 4]. Эти нарушения описываются как кортико-лимбическая дисфункция, которая приводит к дефициту контроля – неспособности ПФК тормозить лимбическую систему. Физиологически эти нарушения можно описать так: от вентромедиальной ПФК и передней поясной коры идут нервные пути к ГАМК-ергическим вставочным клеткам миндалины. Когда ПФК активируется, она посылает через глутамат сигнал этим клеткам, далее вставочные клетки выделяют ГАМК и тормозят нейроны центрального ядра миндалины [1, 6].

Также подтверждается, что дорсолатеральная ПФК очень чувствительна к уровню дофамина (ДА) и норадреналина (НА). Эта чувствительность описывается перевёрнутой U-образной зависимостью [7, 9]. Слишком сильный или слишком низкий уровень катехоламинов ухудшает функции ПФК.

Кроме того, установлено, что при стрессе у пациентов с СДВГ ПФК «отключается». Этот эффект обусловлен массивным выбросом, ДА и НА, резко повышающим их содержание в коре. Это приводит к передаче контроля над поведением более древним структурам мозга – амигдале и полосатому телу, которые «включают» инстинктивную реакцию на эмоциональный стимул [8, 9].



2. Ослабление парасимпатического тормозного контроля как вегетативный коррелят импульсивной агрессии. Импульсивная агрессия при СДВГ также связана с дисрегуляцией вегетативного ответа на стресс. В норме парасимпатическая нервная система через блуждающий нерв быстро возвращает организм в спокойное состояние, но при СДВГ этот механизм нарушен. Это приводит к агрессивному поведению [10,11].

По данным Bellato и его коллег, у детей с СДВГ зачастую наблюдается гипоактивация вегетативной нервной системы (ВНС) в покое и при выполнении заданий на удержание внимания и на контроль реакции, а также сама вегетативная система работает не адаптируется под среду, в которой находится подросток [11].

Это явление проявляется в том, что ПНС негибко реагирует на эмоциональные стимулы. У детей с СДВГ дыхательная синусовая аритмия (RSA – маркер тонуса блуждающего нерва) не изменяется в ответ на эмоции, а у здоровых наблюдается адаптивное изменение тонуса блуждающего нерва в ответ на стимул. [13]

Kizilca и Baykal установили, что у детей с СДВГ наблюдается сниженная вариабельность сердечного ритма [12]. Это указывает на вегетативный дисбаланс с уклоном в сторону симпатического доминирования, то есть хроническое состояние повышенной физиологической активации («боевая готовность»). Такой фон снижает порог реагирования и способствует импульсивным, агрессивным вспышкам.

Также важно упомянуть работу С. Robe, по результатам которой было выявлено, что даже после эмоциональной вспышки (стресса) у детей с СДВГ ВНС продолжала реагировать так, как будто стресс ещё действует; организм не может вернуться в нормальное состояние, он «застревает» в стрессе, хотя в



норме после стресса вагальный тонус должен восстановиться и замедлить сердце [13].

3. Волевой контроль и эмоциональная дисрегуляция как предикторы импульсивной агрессии при СДВГ. Волевой контроль (ВК) – это способность намеренно подавлять доминирующую реакцию, регулировать целенаправленное поведение [14,15]. Лонгитюдные исследования показывают, что снижение ВК в детстве связано с ростом симптомов СДВГ и других расстройств, а также что ВК является защитным фактором, снижающим риск развития симптомов СДВГ даже у генетически предрасположенных людей [15].

Martel отмечает, что генетическая предрасположенность к СДВГ опосредована ВК и влечёт за собой дефицит ВК, что приводит преимущественно к невнимательности, в то время как гиперактивно-импульсивные симптомы связаны с пренатальным фактором [15]. При этом сама по себе невнимательность часто идёт в связке с проявлениями агрессии [18].

Кроме того, ВК проводит связь между симптомами СДВГ и трудностями торможения, что означает, что более низкий уровень контроля объясняет, почему дети с более выраженными симптомами СДВГ хуже справляются с тормозными задачами [16], эти нарушения также связаны с внешними проблемами поведения, которые проявляются в виде агрессии и импульсивности.

Marques (2024) на выборке детей с СДВГ показал, что связь между трудностями торможения и агрессивным поведением объясняется эмоциональной дисрегуляцией, а депрессивные симптомы усиливают данную модель [17].

Заключение

Проведённый анализ подтвердил гипотезу о том, что импульсивная агрессия при СДВГ является следствием системного дефицита нисходящего торможения, данный дефицит имеет чёткие нейрофизиологические и



вегетативные корреляты: снижение ГАМК-ергического торможения в префронтально-лимбических путях, инвертированную U-образную зависимость префронтального контроля от катехоламинов, а также ригидность парасимпатического ответа с феноменом «застывания» в стрессе. В качестве надёжного психофизиологического предиктора выступает низкий волевой контроль, связывающий переход от нейробиологической предрасположенности к социальной дезадаптации.

Полученная система биомаркеров открывает возможность раннего скрининга групп риска и перехода к превентивной стратегии лечения. Обоснованными направлениями такой профилактики являются БОС-терапия для стабилизации вегетативного тонуса и тренинги исполнительных функций для укрепления волевого контроля.

Источники и литература / Sources and references:

1. Ferranti A. S., Luessen D. J., Niswender C. M. Novel pharmacological targets for GABAergic dysfunction in ADHD // *Neuropharmacology*. – 2024. – Vol. 249. – Art. 109897. – DOI: 10.1016/j.neuropharm.2024.109897.
2. Mamiya P. C., Richards T. L., Edden R. A., et al. Reduced Glx and GABA Inductions in the Anterior Cingulate Cortex and Caudate Nucleus Are Related to Impaired Control of Attention in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder // *International Journal of Molecular Sciences*. – 2022. – Vol. 23, no. 9. – Art. 4677. – DOI: 10.3390/ijms23094677.
3. Long Y., Pan N., Ji S., et al. Distinct brain structural abnormalities in attention-deficit/hyperactivity disorder and boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder: a coordinated meta-analysis // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 2024. – Vol. 33. – P. 1105–1117. – DOI: 10.1007/s00787-023-02235-5.



4. Chen C., Sun S., Chen R., et al. A multimodal neuroimaging meta-analysis of functional and structural brain abnormalities in attention-deficit/hyperactivity disorder // Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. – 2025. – Vol. 136. – Art. 111199. – DOI: 10.1016/j.pnpbp.2024.111199.
5. Daviddi S., Santangelo V. The Neural Correlates of Response Inhibition With and Without Conflict in ADHD: An Activation Likelihood Estimation Meta-Analysis // European Journal of Neuroscience. – 2025. – Vol. 62, no. 5. – Art. e70244. – DOI: 10.1111/ejn.70244.
6. Singh S., Topolnik L. Inhibitory circuits in fear memory and fear-related disorders // Frontiers in Neural Circuits. – 2023. – Vol. 17. – Art. 1122314. – DOI: 10.3389/fncir.2023.1122314.
7. Weber M. A., Conlon M. M., Stutt H. R., et al. Quantifying the inverted U: A meta-analysis of prefrontal dopamine, D1 receptors, and working memory // Behavioral Neuroscience. – 2022. – Vol. 136, no. 3. – P. 207–218. – DOI: 10.1037/bne0000512.
8. Bouras N. N., Mack N. R., Gao W.-J. Prefrontal modulation of anxiety through a lens of noradrenergic signaling // Frontiers in Systems Neuroscience. – 2023. – Vol. 17. – Art. 1173326. – DOI: 10.3389/fnsys.2023.1173326.
9. Cools R., Arnsten A. F. T. Neuromodulation of prefrontal cortex cognitive function in primates: the powerful roles of monoamines and acetylcholine // Neuropsychopharmacology. – 2022. – Vol. 47, no. 1. – P. 309–328. – DOI: 10.1038/s41386-021-01100-8.
10. Castro Ribeiro T., García Pagès E., Huguet A., et al. Physiological parameters to support attention deficit hyperactivity disorder diagnosis in children: a multiparametric approach // Frontiers in Psychiatry. – 2024. – Vol. 15. – Art. 1430797. – DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1430797.



11. Bellato A., Arora I., Kochhar P., Hollis C., Groom M. J. Indices of Heart Rate Variability and Performance During a Response-Conflict Task Are Differently Associated With ADHD and Autism // Journal of Attention Disorders. – 2022. – Vol. 26, no. 3. – P. 434–446. – DOI: 10.1177/1087054720972793.

12. Kizilca O., Baykal S. The Effect of Methylphenidate Treatment on Heart Rate Variability and Cardiac Autonomic Functions in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder // Namık Kemal Medical Journal. – 2023. – Vol. 11, no. 1. – P. 80–86. – DOI: 10.4274/nkmj.galenos.2023.38257.

13. Robe A., Păsărelu C.-R., Dobrea A. Exploring autonomic regulation in children with ADHD with and without comorbid anxiety disorder through three systematic levels of cardiac vagal control analysis: Rest, reactivity, and recovery // Psychophysiology. – 2021. – Vol. 58, no. 9. – Art. e13850. – DOI: 10.1111/psyp.13850.

14. Peisch V., Li V., Arnett A. B. Effortful Control Protects Against Familial Liability for ADHD: Longitudinal Results from the ABCD Study in the United States // Research on Child and Adolescent Psychopathology. – 2024. – Vol. 52, no. 4. – P. 595–604. – DOI: 10.1007/s10802-023-01131-3.

15. Martel M. M., Elkins A. R., Eng A. G., Goh P. K. Longitudinal Temperament Pathways to ADHD Between Childhood and Adolescence // Research on Child and Adolescent Psychopathology. – 2022. – Vol. 50, no. 8. – P. 1055–1066. – DOI: 10.1007/s10802-022-00902-8.

16. Kostyrka-Allchorne K., Wass S. V., Yusuf H., Rao V., Bertini C., Sonuga-Barke E. J. S. Inhibitory deficits and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder: How are they related to effortful control? // British Journal of Developmental Psychology. – 2023. – Vol. 41, no. 1. – P. 50–65. – DOI: 10.1111/bjdp.12432.

17. Marques S., Correia-de-Sá T., Guardiano M., Sampaio-Maia B., Ferreira-Gomes J. Emotion dysregulation and depressive symptoms mediate the association



between inhibitory control difficulties and aggressive behaviour in children with ADHD // *Frontiers in Psychiatry*. – 2024. – Vol. 15. – Art. 1329401. – DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1329401.

18. Speyer L. G., Eisner M., Ribeaud D., et al. A symptom level perspective on reactive and proactive aggressive behaviours and ADHD symptoms in childhood // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2021. – Vol. 62, no. 12. – P. 1456–1464. – DOI: 10.1111/jcpp.13412.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СЕМЕЙ ШАХТЕРОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ

Швецов А. А., Галаева М. Г.

Кафедра информационных технологий

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор В. М. Ивойлов

Аннотация. В статье приводятся данные по характеристике здоровья шахтерских семей, оцениваемого посредством показателей заболеваемости. Проанализирована заболеваемость членов семей шахтеров в зависимости от ряда социально-гигиенических факторов, таких как количество совместно проживающих членов семьи, численность детей, тип семьи, стадия развития, культурный уровень, психологическая атмосфера и другие. Установлена зависимость заболеваемости от социально-бытовых и психологических факторов жизни семьи.

Ключевые слова: семья, здоровье, заболеваемость, социально-бытовые условия, психологические отношения.



HEALTH STATUS OF MINER FAMILIES DEPENDING ON SOCIO- DOMESTIC AND PSYCHOLOGICAL CONDITIONS OF LIFE

Shvetsov A. A., Galaeva M. G.

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific adviser – V. M. Ivoilov

Abstract. The article presents data on the characteristics of the health of miner families, assessed by morbidity indicators. The morbidity of family members of miners was analyzed depending on a number of socio-hygienic factors, such as the number of family members living together, the number of children, the type of family, the stage of development, the cultural level, the psychological atmosphere, and others. The dependence of morbidity on the socio-domestic and psychological factors of family life was established.

Keywords: family, health, morbidity, socio-domestic conditions, psychological relationships.

Введение

Кемеровская область – Кузбасс играет ведущую роль в добыче энергетических и коксующихся углей в нашей стране. В свою очередь эффективная работа угольной отрасли обеспечивает экономическую безопасность региона [8, 252]. В угледобывающей отрасли присутствуют тяжелые и опасные условия труда с частым возникновением экстремальных ситуаций [4, 33]. Для уменьшения случаев таких ситуаций необходима четкая ритмичность производственных процессов на предприятиях, высокая производительность труда, а также психологическая устойчивость людей в экстремальных условиях [1, 33]. Последнее тесно связано с состоянием здоровья трудящихся [3, 569]. Поэтому неслучаен интерес исследователей к вопросам связанным с изучением состояния здоровья и условий жизни работников



угольной промышленности. Широко изучены медико-социальные аспекты качества жизни, связанного со здоровьем трудящихся угледобывающих предприятий [2, 73]. Описана роль социально-демографических показателей в определении качества жизни [7, 25]. Имеются работы по социально-гигиенической и психологической характеристике шахтерских семей [10, 358]. Семья играет важную роль в поддержании здоровья ее членов.

Проводятся исследования по анализу медико-профилактической помощи трудящимся угледобывающих предприятий [9, 1147]. В последние годы большими темпами проходит модернизация здравоохранения с целью совершенствования медицинского обслуживания населения [6]. При этом первостепенная роль отводится информатизации здравоохранения [5, 88].

Анализ литературных данных показывает влияние на здоровье человека разнообразных факторов окружающей среды: производства, быта, психологических отношений в трудовом коллективе и семье, организации медицинской помощи и других. Здоровье определяется рядом специальных показателей. Одним из таких показателей является заболеваемость.

Учитывая вышеизложенное, можно заключить, что исследование, посвященное изучению влияния социально-бытовых и психологических условий жизни на состояние здоровья семей шахтеров является актуальным.

Объект и методы исследования

Объектом исследования послужили семьи шахтеров. При проведении исследования использованы следующие методы: изучение литературных источников, анкетный метод, метод опроса, выкопировка показателей заболеваемости из статистических отчетов медицинских организаций, анализ и интерпретация полученных данных.



Цель исследования заключается в установлении зависимости здоровья членов семей шахтеров от социально-бытовых и психологических условий жизни.

Результаты и их обсуждение

Материалы исследования свидетельствуют, что на территориях, где в основном проживают трудящиеся угледобывающей промышленности уровень общей заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и госпитализированной заболеваемости несколько выше, чем в среднем по Кемеровской области. Так уровень общей заболеваемости в нашем исследовании составил 1827,6 случая на 1000 населения, в то время как по Кузбассу этот показатель был равен 1541,5 случая. Заболеваемость женского населения на 9,2% выше, чем мужского. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности составляет 37,6% от уровня общей заболеваемости, причем она 35% выше среди мужского населения по сравнению с женским. Уровень госпитализированной заболеваемости среди обследованного контингента составляет 20,8% от общей заболеваемости и 55,4% от заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Установлено, что уровень общей заболеваемости в шахтерских семьях определяется различными факторами внешней среды: количеством человек в семье, числом детей, типом и стадией развития семьи, культурным уровнем, психологической атмосферой и другими факторами. Из этих факторов ведущими являются тип семьи, порядок проведения семьей выходных дней и отпусков, жилищные условия, отношение семьи к спорту, культурный уровень и психологическая атмосфера в семье.

Так, при рассмотрении общей заболеваемости в семьях различных типов установлено, что в «малых» семьях этот показатель на 19,6% ниже, чем в «больших» семьях. Анализ общей заболеваемости в связи с традиционным



проведением выходных дней позволил установить, что она ниже на 19,2% в тех семьях, где выходные дни в основном используются для загородных прогулок и выездов на дачу чем в семьях, где выходные дни преимущественно используются для ведения домашнего хозяйства. В семьях, проводящих отпуск в спортивных лагерях, турпоходах, в санаториях и домах отдыха уровень рассматриваемой заболеваемости на 16,4% ниже, чем в семьях, проводящих отпуск преимущественно дома.

Общеизвестно, что физкультура и спорт благотворно влияют на здоровье человека. Эта закономерность подтверждается и нашим исследованием. Так, в семьях, занимающихся спортом уровень общей заболеваемости на 13,5% был ниже чем там, где отрицательно относятся к спорту.

Важное значение в сохранении здоровья играет режим питания. В семьях с хорошим режимом питания уровень общей заболеваемости на 35,3% был ниже, чем в семьях с плохим режимом питания.

Установлено, что на общую заболеваемость оказывают влияние культурный уровень и психологическая атмосфера в семье. В семьях с хорошим культурным уровнем рассматриваемая заболеваемость на 19,6% была ниже, чем в семьях с низкой культурой. В семьях со здоровой психологической обстановкой уровень общей заболеваемости на 17,2% ниже, чем в конфликтующих семьях.

Заключение

Состояние здоровья в семьях шахтеров оценивалось по показателям общей заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и госпитализированной заболеваемости. Установлено, что здоровье членов семей шахтеров зависит от ряда социально-бытовых и психологических факторов окружающей среды. Наиболее значимыми факторами являются: тип семьи, порядок проведения семьей выходных дней и отпусков, жилищные условия,



отношение семьи к спорту, культурный уровень и психологическая атмосфера в семье.

Полученные в результате исследования материалы необходимо использовать при проведении санитарно-просветительной работы среди населения, а также при формировании планов социально-экономического развития территорий и предприятий.

Источники и литература / Sources and references:

1. Акименко, Г. В. Факторы психологической устойчивости человека в экстремальных условиях жизни / Г. В. Акименко, Ю. Ю. Кирина, А. С. Яковлев // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии : Сборник материалов VI Международной междисциплинарной научно-практической конференции, к 140-летию со дня рождения Карен Хорни (Кемерово, 3 октября 2025), Кемерово, 03 октября 2025 года. – Кемерово, 2025. – С. 32-44. – EDN TUNUCZ.
2. Ивойлов, В. М. Медико-социальные аспекты качества жизни, связанного со здоровьем трудящихся угледобывающих предприятий / В. М. Ивойлов, Т. А. Штернис // Медицина в Кузбассе. – 2012. – Т. 11, № 4. – С. 72-74. – EDN PUWOKX.
3. Ивойлов, В. М. Медико-социальные проблемы безопасности жизнедеятельности шахтеров / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Современный мир, природа и человек. Технологии стран БРИКС для развития медицины: сборник материалов XXIV Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10 октября 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 569-585. – EDN FCWXIV.
4. Ивойлов, В. М. Медицина экстремальных ситуаций в научно-образовательной деятельности Кемеровского государственного медицинского университета / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Вестник



общественных и гуманитарных наук. – 2025. – Т. 6, № 1. – С. 33-36. – EDN GQOITO.

5. Копытина, Н. В. Достижения и перспективы применения информационных технологий в медицине Кузбасса / Н. В. Копытина // История медицины в Сибири : материалы VI Всероссийской с международным участием научно-практической конференции, Кемерово, 11–13 марта 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 88-92. – EDN ZGJACN.

6. Копытина, Н. В. Роль информатизации в модернизации здравоохранения Кузбасса / Н. В. Копытина, Г. В. Акименко // Дневник науки. – 2025. – № 2(98). – EDN UENDVQ.

7. Оценка качества жизни работников угледобывающих предприятий Кузбасса в социально-демографическом аспекте / В. М. Ивойлов, В. А. Семенихин, О. В. Одинцева, Т. А. Штернис // Медицина труда и промышленная экология. – 2014. – № 2. – С. 24-26. – EDN RZTUKN.

8. Современное состояние экономической безопасности Кемеровской области-Кузбасс / О. Ю. Тихонова, И. И. Берсенов, А. А. Сашко, В. Г. Вершинин // Экономика: вчера, сегодня, завтра. – 2024. – Т. 14, № 5-1. – С. 243-252. – EDN ХКИКЗУ.

9. Штернис, Т. А. Медико-профилактическая помощь трудящимся угольной промышленности и ее влияние на безопасность жизнедеятельности / Т. А. Штернис, И. В. Самусь, О. М. Колесников // Современный мир, природа и человек. Технологии стран БРИКС для развития медицины : сборник материалов XXIV Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10 октября 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 1147-1156. – EDN FFUCIS.



10. Штернис, Т. А. Социально-гигиеническая и психологическая характеристика семей шахтеров, получивших травмы / Т. А. Штернис // Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности: сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции, Кемерово, 20 мая 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 350-358. – EDN NOTAVS.

**АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ЗАРУБЕЖНОГО ЖАНРА
ЛИТЕРАТУРЫ В ПРОБЛЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Ширинская А. Д.

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет»,
Россия, г. Донецк*

Аннотация. В данной статье представлен критический анализ отечественной и зарубежной научной литературы, посвященной проблеме психологической травмы в детском возрасте. Рассматриваются теоретико-методологические основания изучения детской травмы, эволюция научных представлений о природе травматического опыта и его влиянии на развитие ребенка. Проведен сравнительный анализ концептуальных подходов, диагностических методов и терапевтических стратегий работы с травмированными детьми. Выявлены ключевые достижения и проблемные зоны в современных исследованиях, определены перспективные направления дальнейшего научного поиска.

Ключевые слова: психологическая травма, детский возраст, травматический опыт, посттравматическое стрессовое расстройство,



отечественная психология, зарубежные исследования, психологическая помощь детям.

**ANALYSIS OF THE DOMESTIC AND FOREIGN GENRE
OF LITERATURE IN THE PROBLEM
OF PSYCHOLOGICAL TRAUMA IN CHILDHOOD**

Shirinskaya A.D.

Donetsk State University, Donetsk, Russia

Abstract. This article presents a critical analysis of the domestic and foreign scientific literature on the problem of psychological trauma in childhood. The article examines the theoretical and methodological foundations of the study of childhood trauma, the evolution of scientific ideas about the nature of traumatic experience and its impact on child development. A comparative analysis of conceptual approaches, diagnostic methods, and therapeutic strategies for dealing with traumatized children has been conducted. Key achievements and problem areas in modern research have been identified, and promising areas for further scientific research have been identified.

Keywords: psychological trauma, childhood, traumatic experience, post-traumatic stress disorder, domestic psychology, foreign research, psychological assistance to children.

Введение

Проблема психологической травмы в детском возрасте является междисциплинарной областью исследований, находящейся на пересечении клинической, возрастной, педагогической психологии и психотравматологии. Современное понимание детской травмы формировалось на протяжении более чем столетия и прошло несколько концептуальных трансформаций.

В зарубежной психологии первые систематические исследования психологической травмы связаны с работами З. Фрейда и его последователей,



которые рассматривали травму как результат конфликта между влечениями и защитными механизмами психики. Психоаналитическая традиция заложила основы понимания роли ранних травматических переживаний в формировании психопатологии, механизмов вытеснения и символизации травматического опыта. Однако центрированность на интрапсихических процессах и недостаточное внимание к социальным факторам ограничивали практическую применимость данного подхода.

Существенный прорыв в понимании психологической травмы произошел во второй половине XX века в связи с изучением последствий военных действий, катастроф и насилия. Работы американских исследователей, посвященные ветеранам Вьетнамской войны, привели к формулированию диагностических критериев посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), которое было включено в DSM-III в 1980 году. Это ознаменовало переход к операционализации понятия травмы и разработке стандартизированных методов диагностики.

Основная часть

В последние десятилетия в зарубежной психологии доминирующими стали три основных направления исследования детской травмы:

Первое - когнитивно-бихевиоральное направление, представленное работами A. Ehlers, D. Clark, J. Cohen, A. Mannarino и других исследователей. Данный подход фокусируется на изучении когнитивных искажений, дезадаптивных убеждений и поведенческих паттернов, формирующихся в результате травматического опыта [15, с. 300; 17, с. 319]. Центральными концептами выступают когнитивная оценка события, стратегии совладания, избегающее поведение и нарушения памяти о травматическом событии. На основе этого подхода разработаны доказательные протоколы психотерапии, такие как травмо-фокусированная когнитивно-бихевиоральная терапия (TF-



СВТ), эффективность которой подтверждена многочисленными рандомизированными контролируемыми исследованиями.

Второе - нейробиологическое направление, активно развивающееся в работах В. Van der Kolk, В. Perry, М. Teicher, Р. Yehuda и других ученых [20, с. 273; 21, с. 222; 23, с. 255; 25 с. 405; 26 с. 408]. Это направление изучает влияние травматического стресса на развитие мозга ребенка, нейроэндокринные системы, процессы нейропластичности и формирование устойчивых нейробиологических паттернов реагирования на стресс.

Исследования показывают, что хроническая травматизация в детском возрасте приводит к структурным и функциональным изменениям в гиппокампе, миндалевидном теле, префронтальной коре и других областях мозга, что объясняет долгосрочные когнитивные, эмоциональные и поведенческие последствия травмы.

Третье — теория привязанности и реляционный подход, развиваемый J. Bowlby, М. Ainsworth, Р. Crittenden, D. Siegel и другими исследователями. Данное направление рассматривает психологическую травму в контексте нарушения ранних отношений привязанности между ребенком и значимыми взрослыми [16, с. 410; 22, с. 540]. Особое внимание уделяется влиянию межличностной травмы (насилие, пренебрежение, эмоциональная депривация) на формирование внутренних рабочих моделей привязанности, способность к регуляции эмоций и построению близких отношений. Концепция комплексной травмы развития (developmental trauma) подчеркивает кумулятивный эффект хронической травматизации в критические периоды развития.

Отечественная психология подходит к проблеме детской травмы с иных теоретико-методологических позиций. Фундаментальное значение имеют культурно-исторический подход Л.С. Выготского и теория деятельности А.Н. Леонтьева, рассматривающие психическое развитие ребенка как социально



обусловленный процесс присвоения культурно-исторического опыта через систему социальных отношений и деятельности [2, с. 370; 4, с. 322]. В этой парадигме психологическая травма анализируется не только как индивидуальное переживание, но и как нарушение социальной ситуации развития, разрушение ведущей деятельности и системы значимых отношений ребенка.

Значительный вклад в понимание психологической травмы внесли работы Ф.Е. Василюка, который рассматривал переживание как особую деятельность по преодолению критических жизненных ситуаций и восстановлению смыслового соответствия между сознанием и бытием. Его типология критических ситуаций (стресс, фрустрация, конфликт, кризис) и анализ различных стратегий их переживания создали основу для понимания индивидуальных траекторий переработки травматического опыта [1, с. 210].

Экзистенциально-гуманистическое направление в отечественной психологии, представленное работами Д.А. Леонтьева, Б.С. Братуся, В.Э. Чудновского, рассматривает травму как экзистенциальный кризис, затрагивающий фундаментальные смыслы существования, базовые ценности и картину мира человека [5, с. 410]. Особое внимание уделяется потенциалу посттравматического роста, возможности обретения нового смысла и трансформации личности через переживание травматического опыта.

Отечественная клинико-психологическая традиция, развиваемая в работах Н.В. Тарабриной, М.А. Падун, Е.О. Лазебной, сочетает изучение симптоматики ПТСР с анализом личностных, когнитивных и социальных факторов, влияющих на траектории посттравматической адаптации [7, с. 110; 8, с. 170; 12 с. 170]. Разработаны и адаптированы диагностические методики, изучается специфика переживания травмы в различных возрастных группах и культурных контекстах.

В зарубежных исследованиях наиболее распространена классификация, основанная на характере и продолжительности травматического воздействия.



L. Terr предложила разделение на травму типа I (однократное, неожиданное травматическое событие) и травму типа II (множественные или хронические травматические события) [24, с. 15]. Травма типа I характеризуется более специфическими симптомами, связанными с конкретным событием, в то время как травма типа II приводит к более глубоким личностным изменениям, включая диссоциацию, нарушения идентичности и эмоциональную дисрегуляцию.

Классификация ACE (Adverse Childhood Experiences) фокусируется на категоризации неблагоприятных детских переживаний по типу воздействия: физическое, эмоциональное, сексуальное насилие; физическое и эмоциональное пренебрежение; семейная дисфункция (насилие в семье, алкоголизм/наркомания родителей, психическое заболевание члена семьи, развод, лишение свободы члена семьи). Крупномасштабные лонгитюдные исследования показали кумулятивный эффект множественных неблагоприятных факторов на физическое и психическое здоровье во взрослом возрасте.

В отечественной литературе преобладает классификация по источнику и содержанию травматизации, которая отражает социально-исторический контекст:

Межличностная травма включает различные формы насилия (физическое, сексуальное, психологическое), утрату значимых близких, разлуку с родителями, эмоциональную депривацию. Данный тип травмы особенно разрушителен, поскольку нарушает базовое доверие к миру и другим людям, формирует небезопасный стиль привязанности.

Социальная и коллективная травма связана с воздействием масштабных социальных событий: военные действия, вынужденная миграция, социально-экономические кризисы, распад привычной социальной структуры. Отечественные исследователи подчеркивают, что такая травма носит не только



индивидуальный, но и коллективный характер, влияя на целые поколения и трансформируясь в межпоколенческую травму.

Медицинская травма включает переживание тяжелых соматических заболеваний, инвазивных медицинских процедур, длительной госпитализации. Особое внимание уделяется психологическому сопровождению детей с онкологическими заболеваниями, хроническими болезнями, перенесших травмы и операции.

Природная и техногенная травма связана со стихийными бедствиями, катастрофами, авариями. Исследования показывают специфику переживания таких событий в зависимости от возраста ребенка, наличия поддержки со стороны взрослых, степени разрушения привычной среды.

Современные исследования как в отечественной, так и в зарубежной психологии акцентируют внимание на многофакторной природе последствий психологической травмы. Не все дети, пережившие травматическое событие, развивают ПТСР или другие серьезные нарушения. Траектория посттравматической адаптации определяется сложным взаимодействием факторов риска и защитных факторов.

К основным факторам риска относятся:

1. Характеристики травматического события: тяжесть, продолжительность, повторяемость, неожиданность, межличностный характер травмы, угроза жизни, наличие физических повреждений. Исследования показывают, что интенсивность травматического стрессора является одним из наиболее значимых предикторов развития ПТСР.

2. Индивидуальные особенности ребенка: возраст на момент травмы (ранний возраст связан с большей уязвимостью), пол (девочки демонстрируют более высокие показатели интернализирующих симптомов), темперамент,



когнитивные способности, предшествующий опыт травматизации, наличие психических расстройств.

3. Семейные факторы: небезопасный стиль привязанности, психопатология родителей, семейные конфликты, дисфункциональные паттерны воспитания, низкий уровень эмоциональной поддержки. Особенно разрушительно, когда источником травмы выступает значимый взрослый.

4. Социальные факторы: низкий социально-экономический статус, социальная изоляция, отсутствие поддержки со стороны школы и сообщества, стигматизация, повторная виктимизация.

Защитные факторы и ресурсы совладания включают:

– Надежная привязанность к значимым взрослым является ключевым защитным фактором. Чувствительное, отзывчивое родительство обеспечивает ребенку безопасную базу для переработки травматического опыта и служит буфером против развития психопатологии.

– Индивидуальные ресурсы: позитивная самооценка, внутренний локус контроля, развитые когнитивные способности, эффективные стратегии совладания, эмоциональная регуляция, духовность и смысловые ориентации.

– Социальная поддержка со стороны семьи, друзей, учителей, сообщества. Ощущение принадлежности к поддерживающей социальной сети способствует резильентности.

– Доступ к профессиональной психологической помощи. Раннее вмешательство и качественная терапевтическая поддержка значительно снижают риск развития хронических посттравматических нарушений.

Концепция резильентности (психологической устойчивости) занимает центральное место в современных исследованиях детской травмы. А. Masten определяет резильентность как способность системы адаптироваться к значительным вызовам, угрожающим ее функционированию, жизнеспособности



или развитию [18, с. 230; 19 с.15]. Отечественные исследователи (Е.В. Куфтяк, Е.А. Рылская) рассматривают резильентность как динамический процесс, включающий мобилизацию внутренних и внешних ресурсов для преодоления неблагоприятных обстоятельств [3, с. 200; 9, с. 55].

Возрастная специфика проявлений психологической травмы является важной областью исследований в детской психологии. Реакции на травматическое событие и долгосрочные последствия травмы существенно варьируют в зависимости от возраста ребенка, что связано с уровнем когнитивного развития, способностью к символизации и вербализации переживаний, степенью зависимости от взрослых.

Ранний возраст (0-3 года). Дети раннего возраста особенно уязвимы к травматическим воздействиям, поскольку находятся в полной зависимости от взрослых и не обладают развитыми механизмами саморегуляции. Травматические реакции у младенцев и детей раннего возраста проявляются преимущественно на соматическом и поведенческом уровне: нарушения сна и аппетита, регрессия в развитии навыков, повышенная раздражительность, страх разлуки, избегание контакта, замирание. Поскольку вербальная память еще не развита, травматические переживания кодируются в имплицитной памяти и могут проявляться в виде соматических симптомов и поведенческих паттернов без осознанной связи с травматическим событием.

Дошкольный возраст (3-6 лет). В этом возрасте расширяются возможности символической переработки травматического опыта через игру и рисунок. Характерными проявлениями травмы являются: навязчивое повторяющееся проигрывание травматических сцен в игре, регрессивное поведение (энурез, сосание пальца, детская речь), страхи и ночные кошмары, агрессивность или социальная изоляция, магическое мышление и самообвинение. Развитие речи позволяет ребенку частично вербализировать переживания, однако



ограниченные когнитивные способности затрудняют понимание причинно-следственных связей и приводят к искаженным интерпретациям событий.

Младший школьный возраст (7-11 лет). Поступление в школу и расширение социальных контактов создают новый контекст для проявления посттравматических симптомов. Характерны: трудности концентрации внимания и снижение успеваемости, избегающее поведение (отказ посещать места, связанные с травмой), соматические жалобы (головные боли, боли в животе), изменения в социальном взаимодействии (агрессия, конфликты со сверстниками или социальная изоляция), навязчивые мысли и воспоминания о травме. Развитие конкретно-операционального мышления позволяет детям лучше понимать реальность произошедшего, но может усиливать чувство вины и стыда.

Подростковый возраст (12-18 лет). Подростки демонстрируют наиболее полный спектр симптомов ПТСР, сходный с проявлениями у взрослых: интрузивные воспоминания и флешбэки, избегание напоминаний о травме, гипервозбуждение и повышенная бдительность, негативные изменения в когнициях и настроении. Специфическими для этого возраста являются: рискованное и саморазрушительное поведение (употребление психоактивных веществ, промискуитет, самоповреждения), суицидальные мысли и попытки, отстраненность от семьи и друзей, изменения в ценностях и планах на будущее, формирование негативной идентичности. Задачи подросткового возраста (сепарация от семьи, формирование идентичности, построение близких отношений) могут значительно осложняться наличием травматического опыта.

Отечественные исследователи подчеркивают, что возрастная динамика проявлений травмы должна рассматриваться в контексте ведущей деятельности каждого периода развития.



Травма нарушает нормальное течение игровой, учебной или интимно-личностной деятельности, что приводит к искажению всей социальной ситуации развития.

Диагностика психологической травмы у детей представляет собой сложную задачу, требующую интеграции различных методов и учета возрастных особенностей.

Зарубежная практика опирается на систему стандартизированных диагностических критериев и инструментов. Диагностические критерии ПТСР представлены в DSM-5 и ICD-11, причем DSM-5 включает отдельную категорию для детей до 6 лет, учитывающую возрастную специфику проявлений.

Основные диагностические инструменты включают:

Структурированные и полуструктурированные интервью: K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia), CAPS-CA (Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents), позволяющие провести систематическую оценку симптоматики.

Опросники и шкалы самоотчета: CPSS (Child PTSD Symptom Scale), CTSQ (Child Trauma Screening Questionnaire), UCLA PTSD Reaction Index, позволяющие количественно оценить выраженность посттравматических симптомов.

Опросники для родителей и учителей: TSCYC (Trauma Symptom Checklist for Young Children), CBCL (Child Behavior Checklist), обеспечивающие многоперспективную оценку поведения ребенка.

Проективные методики: ТАТ, САТ, рисуночные тесты, позволяющие выявить скрытые аспекты травматического опыта и бессознательные конфликты.

В отечественной практике используется сочетание адаптированных зарубежных методик и оригинальных разработок. Н.В. Тарабрина разработала



русскоязычную версию Миссисипской шкалы для оценки посттравматических реакций, адаптированную для детей [11, с. 301]. А.И. Щепина создала диагностический комплекс для оценки посттравматических состояний у детей разного возраста [14, с. 97].

Отличительной особенностью отечественного подхода является больший акцент на качественных методах: клиническое интервью с ребенком и родителями, наблюдение за поведением в естественных условиях, анализ продуктов деятельности (рисунков, сочинений), игровая диагностика. Такой подход позволяет глубже понять субъективное значение травматического опыта и его влияние на развитие личности ребенка.

Важным направлением является нейропсихологическая диагностика последствий травмы, развиваемая в работах Ю.В. Микадзе, А.В. Семенович [6, с. 264; 10, с. 470]. Используются методы оценки высших психических функций, латерализации, межполушарного взаимодействия, что позволяет выявить специфические нарушения, связанные с влиянием травматического стресса на развитие мозга.

Анализ литературы показывает широкое разнообразие подходов к психологической помощи детям, пережившим травму. Эффективность различных методов подтверждена многочисленными исследованиями, при этом выбор конкретного подхода зависит от возраста ребенка, типа травмы, доступных ресурсов и культурного контекста.

Травмо-фокусированная когнитивно-бихевиоральная терапия (TF-CBT), разработанная J. Cohen, A. Mannarino и E. Deblinger, является наиболее исследованным и доказательно эффективным методом работы с детским ПТСР [15, с. 322]. Протокол включает компоненты работы с ребенком и родителями: психообразование, обучение навыкам релаксации и эмоциональной регуляции, когнитивное переструктурирование, создание травматического нарратива,



градуированная экспозиция, проработка когнитивных искажений, обучение родителей поддерживающим стратегиям. Терапия структурирована, обычно включает 12-16 сессий, имеет четкие цели и измеримые результаты.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) - метод десенсибилизации и переработки травматических воспоминаний с помощью билатеральной стимуляции, адаптированный для работы с детьми. Эффективность метода подтверждена для детей старше 6 лет, особенно при работе с острыми травматическими событиями.

Игровая терапия, центрированная на ребенке, позволяет детям младшего возраста символически выразить и переработать травматический опыт в безопасной терапевтической среде.

Игра является естественным языком ребенка и обеспечивает возможность восстановления чувства контроля и мастерства.

Арт-терапия и другие экспрессивные методы (музыкотерапия, танцедвигательная терапия, драматерапия) позволяют работать с довербальными и диссоциированными аспектами травматического опыта, особенно эффективны при комплексной травме развития.

Семейная терапия травмы направлена на восстановление нарушенных семейных отношений, повышение родительской компетентности, создание безопасной и поддерживающей семейной среды. Особенно важна при межличностной травме, когда нарушены отношения привязанности.

В отечественной практике преобладают интегративные подходы, сочетающие элементы различных направлений с учетом культурно-исторического контекста. Разрабатываются комплексные программы психолого-педагогического сопровождения травмированных детей в образовательной среде, включающие индивидуальную и групповую работу с детьми,



консультирование родителей и педагогов, создание психологически безопасной среды.

А.Б. Холмогорова развивает интегративный подход к терапии эмоциональных расстройств, включая посттравматические состояния, сочетающий когнитивно-бихевиоральные техники с работой над эмоциональной схемой и межличностными отношениями [13, с. 410].

Важное место занимают методы, ориентированные на работу с телесными проявлениями травмы: телесно-ориентированная психотерапия, сенсомоторная психотерапия, соматическое переживание. Эти подходы исходят из понимания травмы как застывшего в теле состояния мобилизации и направлены на высвобождение заблокированной энергии через осознанное телесное проживание.

Профилактика психологической травмы и ее последствий является приоритетным направлением работы. Зарубежные исследования выделяют несколько уровней профилактики.

Первичная профилактика направлена на предотвращение травматических событий: программы предотвращения насилия, образовательные программы для родителей, создание безопасной школьной среды, социальная политика, направленная на снижение бедности и социального неравенства.

Вторичная профилактика включает раннее выявление детей группы риска и оказание своевременной поддержки. Скрининговые программы в школах, медицинских учреждениях, центрах социального обслуживания позволяют идентифицировать детей, нуждающихся в психологической помощи. Развиваются протоколы психологической первой помощи (Psychological First Aid), обеспечивающие немедленную поддержку в первые часы и дни после травматического события.



Третичная профилактика направлена на минимизацию долгосрочных последствий травмы через предоставление качественной терапевтической помощи и реабилитационных программ.

Заключение

Отечественные исследователи подчеркивают роль образовательной среды в профилактике и преодолении последствий травмы. Школа может выступать как защитный фактор, обеспечивающий стабильность, предсказуемость, поддержку и возможности для социализации. Разрабатываются программы психологического просвещения педагогов, позволяющие распознавать признаки травматизации и оказывать адекватную поддержку травмированным детям.

Сравнительный анализ отечественной и зарубежной литературы позволяет выделить сильные стороны и ограничения обеих традиций.

Преимущества зарубежных исследований включают высокую методологическую строгость, использование стандартизированных инструментов, проведение крупномасштабных лонгитюдных исследований, систематическую оценку эффективности терапевтических вмешательств, активную интеграцию нейробиологических данных. Это обеспечивает накопление доказательной базы и возможность метааналитических обобщений.

Ограничения зарубежного подхода связаны с преобладанием индивидуалистической парадигмы, недостаточным учетом культурных различий в переживании и выражении травмы, медикализацией травматического опыта, акцентом на симптоматике при меньшем внимании к смысловым и экзистенциальным аспектам переживания.

Сильные стороны отечественной традиции включают холистический подход к пониманию травмы в контексте социальной ситуации развития, внимание к культурно-историческим и социальным факторам, глубину



феноменологического анализа, ориентацию на развитие личности и смысловой сферы, интеграцию различных методологических подходов.

Ограничения отечественных исследований связаны с меньшей степенью стандартизации методов диагностики и терапии, недостаточным количеством контролируемых исследований эффективности вмешательств, ограниченностью ресурсов для проведения крупномасштабных лонгитюдных исследований, фрагментарностью эмпирической базы.

Перспективными направлениями развития исследований являются:

Интеграция нейробиологического и культурно-исторического подходов, позволяющая понять, как социальный и культурный контекст модулирует нейробиологические процессы и влияет на траектории развития после травмы.

– Кросс-культурные исследования специфики переживания и проявления травмы в различных культурных контекстах, адаптация диагностических инструментов и терапевтических протоколов.

– Исследование коллективной и межпоколенческой травмы, механизмов трансмиссии травматического опыта через поколения, культурной памяти о травматических событиях.

– Изучение позитивных аспектов посттравматического опыта: посттравматического роста, развития резильентности, обретения нового смысла и ценностей.

– Разработка и эмпирическая проверка эффективности культурно-адаптированных программ психологической помощи, интегрирующих доказательные методы с учетом специфики отечественного контекста.

– Исследование влияния цифровой среды на формирование и преодоление травмы, разработка онлайн-интервенций и дистанционных форм психологической поддержки.



– Развитие междисциплинарных исследований на стыке психологии, педагогики, медицины, социальной работы, нейронаук, позволяющих создать более целостную картину феномена детской травмы.

Источники и литература / Sources and references:

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М.: Изд-во Московского университета, 2017. 256 с.
2. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. Т. 4. Детская психология. М.: Педагогика, 1984. 432 с.
3. Куфтяк Е.В. Психология семейной резильентности: монография. М.: Изд-во Московского университета, 2020. 232 с.
4. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Смысл, 2004. 352 с.
5. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 2007. 511 с.
6. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: учебное пособие. СПб.: Питер, 2018. 288 с.
7. Падун М.А. Регуляция эмоций и психологическое благополучие: обзор зарубежных исследований // Психологический журнал. 2015. Т. 36. № 6. С. 108–118.
8. Падун М.А., Котельникова А.В. Психическая травма и картина мира: теория, эмпирия, практика. М.: Институт психологии РАН, 2012. 206 с.
9. Рыльская Е.А. Факторы психологической устойчивости детей в травматических ситуациях // Вестник практической психологии образования. 2018. № 3(56). С. 45–52.
10. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. М.: Генезис, 2020. 474 с.



11. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. М.: Институт психологии РАН, 2009. 304 с.
12. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2016. 272 с.
13. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: Медпрактика-М, 2019. 480 с.
14. Щепина А.И. Диагностика посттравматических состояний у детей и подростков: методическое руководство. М.: Когито-Центр, 2017. 112 с.
15. Cohen J.A., Mannarino A.P., Deblinger E. Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2017. 366 p.
16. Crittenden P.M. Raising Parents: Attachment, Representation, and Treatment. 2nd ed. London: Routledge, 2016. 490 p.
17. Ehlers A., Clark D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder // Behaviour Research and Therapy. 2000. Vol. 38. № 4. P. 319–345.
18. Masten A.S. Ordinary magic: Resilience processes in development // American Psychologist. 2001. Vol. 56. № 3. P. 227–238.
19. Masten A.S. Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise // Journal of Family Theory & Review. 2018. Vol. 10. № 1. P. 12–31.
20. Perry B.D., Pollard R.A., Blakley T.L. et al. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: How «states» become "traits» // Infant Mental Health Journal. 1995. Vol. 16. № 4. P. 271–291.
21. Perry B.D. The neurodevelopmental impact of violence in childhood // Textbook of Child and Adolescent Forensic Psychiatry / ed. by D. Reiss et al. London: CRC Press, 2017. P. 221–238.



22. Siegel D.J. The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2020. 566 p.
23. Teicher M.H., Samson J.A. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2016. Vol. 57. № 3. P. 241–266.
24. Terr L.C. Childhood traumas: An outline and overview // American Journal of Psychiatry. 1991. Vol. 148. № 1. P. 10–20.
25. Van der Kolk B.A. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York: Viking Press, 2014. 464 p.
26. Van der Kolk B.A. Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories // Psychiatric Annals. 2005. Vol. 35. № 5. P. 401–408.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ БОЛЕЗНИ ГЛЯНЦА

Ширинская А. Д.

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет»,
Россия, г. Донецк*

Аннотация. В статье рассматривается анализ психологической составляющей понятия «нервная анорексия» как особо опасного и имеющего трудности для терапевтического вмешательства заболевания. Рассмотрены основные причины возникновения заболевания у девушек подростков такие как недовольство внешним видом, неуверенность в себе или резко преувеличенная полнота. Проведен анализ прибегания больных нервной анорексией к другим методам, подвергающим к риску здоровье и последствия применения этих методов выраженные в значительном снижении веса и развитии тяжелых вторичных эндокринных нарушений. Черты характера и личности пациента с



нервной анорексией. Психологические последствия нервной анорексии, приводящие к булимии и физическому истощению организма.

Ключевые слова: нервная анорексия, болезнь, пациент, подросток, истощение.

PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF GLOSS DISEASE

Shirinskaya A.D.

Donetsk State University, Donetsk, Russia

Abstract. The article examines the analysis of the psychological component of the concept of «anorexia nervosa» as a particularly dangerous and difficult-to-treat disease. The main causes of the disease in adolescent girls, such as dissatisfaction with appearance, self-doubt, or dramatically exaggerated fullness, are considered. The analysis of the resort of patients with anorexia nervosa to other methods that put their health at risk and the consequences of using these methods, expressed in significant weight loss and the development of severe secondary endocrine disorders. Character and personality traits of a patient with anorexia nervosa. Psychological consequences of anorexia nervosa, leading to bulimia and physical exhaustion of the body.

Keywords: anorexia nervosa, illness, patient, teenager, exhaustion.

Введение

Актуальность изучения понятия «болезнь глянца» или «нервная анорексия» формируется за счет ее широкой распространенности и высокого роста заболеваемости, исключительно в последние время, сложностями лечения и восстановлением больных, якобы обусловленным патоморфозом этой патологии, некоторый выражается в проявлении ее наиболее пагубного протекающего, мало корабельного булимического варианта, значительно снижающего уровень социально-трудовой адаптации.



Впоследствии этого с наклонностью больных к скрытию симптомов, неурочностью их обращения к экспертам, а еще психопатическими рецидивами и трудностями решения задачи их восстановления. Нервная анорексия считается третьей (после ожирения и бронхиальной астмы). С точки зрения распространенности хронических заболеваний у девочек. У мальчиков же значительно реже. Лечение пациентов с нервной анорексией связано с психиатрическими и эндокринологическими центрами. Цель лечения нервной анорексии – помочь пациенту увеличить его вес.

Основным методом лечения анорексии является психотерапия. В случае значительного ухудшения соматического состояния, связанного с осложнением снижения веса требуется стационарное лечение. Больному должна быть оказана поддержка в отношении критериев для нормальной диеты и состава пищи, вредоносности использования диуретиков и слабительных средств. Важно объяснить основы патогенеза симптомов болезни, таких как состояние кожи или исчезновение менструальных периодов. Как следствие, расстройство пищевого поведения насчитывает одну относительно проработанных дилемм подростковой психиатрии. Огромные сложности олицетворяют стеснение установленных нарушений при разнообразных нозологических видах болезни. Необходимости в коррекции лечебно-реабилитационном указании, что и вычисляет актуальность темы исследования. Исследование этого вопроса разрешит уверение вычислить объем данной болезни, отыскать симптомы более ранней диагностики, различить нозологическую составляющую заболевания, а еще проработать подходящие для подростков приемы лечения и восстановления больных.

Этой темой занимались такие психологи как Коркина М.В., Циволько М.А., Маралов В.В., Сугровский О.А. и М.А. Копелева. Социологи: Сугровский О.А., Сивуха С.В. и другие.



Объектом исследования являются психопатологические и поведенческие особенности подростков с расстройствами пищевого поведения (нервной анорексией), а также социально-психологические факторы, способствующие развитию данных нарушений в подростковой среде.

Предметом исследования выступает процесс формирования «болезни глянца» (нервной анорексии) у подростков 13–15 лет, а также методы ранней диагностики и терапевтической реабилитации данной категории пациентов.

Цель исследования заключается в выявлении причин возникновения нервной анорексии у подростков и разработке подходов к повышению эффективности их психосоциальной адаптации и реабилитации.

Для достижения поставленной цели в работе используются следующие методы исследования:

Теоретико-методологический анализ: изучение и систематизация отечественной и зарубежной литературы по проблеме нервной анорексии (труды М. В. Коркиной, М. А. Циволько, В. В. Маралова и др.). Анализ позволяет выявить пробелы в существующих моделях диагностики и лечения данной патологии.

Анализ клинических и катamnестических данных: изучение динамики развития заболевания, способов маскировки симптомов пациентами и факторов, влияющих на частоту рецидивов.

Сравнительный анализ: сопоставление различных нозологических форм расстройств пищевого поведения, дифференциация анорексических и булимических вариантов патологии.

Обобщение и систематизация эмпирического материала: использование данных об особенностях социально-трудовой и учебной адаптации подростков для формирования рекомендаций по лечебно-реабилитационному процессу.



Контент-анализ: изучение влияния социокультурных факторов (в т.ч. стандартов красоты, транслируемых СМИ и «глянцевой» культурой) на искажение образа тела у подростков.

Научная значимость исследования состоит в систематизации знаний о патогенезе «болезни глянца», что позволит уточнить критерии ранней диагностики, а также предложить комплексные методы психотерапевтической поддержки, направленные на коррекцию пищевого поведения и предотвращение осложнений, связанных с нарушением соматического состояния подростков.

Результаты и их обсуждение

«Болезнь глянца» или «нервная анорексия» – заболевание, возникающее преимущественно у подростков между 13-15 годами, в частности у девушек, является скрытым из-за чего больной не ощущает себя таковым. Его проявление наблюдается в недовольстве своей внешностью, в связи с уверенностью в наличии имеющейся или резко преувеличенной полноты, стремлением к изменениям внешности в виде ограниченного количества пищи или вовсе отказа от нее и комбинируя с интенсивной физической нагрузкой. Стоит отметить, что больные довольно долго сохраняют хорошую умственную работоспособность и проявляют огромную физическую активность, несмотря на растущие недомогания.

К сожалению, издевательство над физиологическими потребностями – не единственное к чему прибегают больные. Они также могут начать применять слабительные, мочегонные средства, злоупотреблять с кофе, много курить, вызывать искусственную рвоту. В результате подобное приводит к значительному снижению веса, сопровождаясь развитием тяжелых вторичных эндокринных нарушений, таких как: нарушения объема жидкости и уровня электролитов, нарушение функции щитовидной железы, состояния гипогликемии, нарушение половых функции [1, с. 50]. Все это может привести



до глубокой кахексии (крайнее истощение организма) с возможным летальным исходом.

В позднем периоде заболевания происходит истощение с потерей веса 40-60%, тенденция к планированию каждого дня, апатия, депрессия, связанные с чувством потери контроля над своим телом [2, с. 15]. Также, пациенты с нервной анорексией часто имеют следующие черты характера: тщательность, перфекционист, интровертам, педантизм, преувеличенные амбиции, преувеличенная чувствительность, застенчивость, истерические качества, аскетизм, эгоцентризм. На этом фоне у некоторых больных возникал непреодолимый голод с поглощением больших объемов пищи, при этом не испытывая чувства насыщения – так называемая булимия, за тем следовала борьба с перееданием, что очень часто сопровождается с вызыванием рвоты, приемом слабительных средств и, в последствии, привыканием к ним [3, с. 128].

Во многих иностранных государствах нервная анорексия и паркинсонизм нервной анорексии при сумасшествии наблюдаются как совершенно непохожие, свободные отдельные психические расстройства, нечасто гармонирующие вместе по непреднамеренным контактам. В то время как нервная анорексия является психосоматическим отклонением или к типу нарушений так называемого пищевого характера. Оказываться не изученными некоторые тяжелые специфики болезни, в первую очередь относящиеся к аномалии произвольных процессов. Большое изменение пищевого поведения возможно рассуждать о витальном особенностях расстройства чувственности.

Конечно же, отклонение в механизме безусловных рефлексов неправдоподобно отделенным. При нервной анорексии, а именно, это выявляется, однако, и патологией чувства самосохранения, с процессом кахексии близко до угрозы смертельного финала. Старательная диссимилиация пациентами настоящих мотивов голодовки часто приводит к дифференциально-



диагностическим оплошностям, в конце концов пациенты вовремя не получают соответствующей терапии и подолгу наблюдаются, врачами других специальностей [4, с. 57].

Заключение

Формировавшийся в процессе заболевания вторичные сомато-эндокринные расстройства у страдающих нервной анорексией различаются в обусловленности от индивидуальностей их пищевого поведения. У 80,6% страдающих нервной анорексией без булимии отмечалось похудение с потерей массы тела до 50% от изначальной подкожно-жировой клетчатки, проявленными трофическими нарушениями, дистрофическими трансформациями во внутренних органах, анемией, стойкой аменореей. У 54,5% страдающих с булимией выделялась большая степень изнеможения с присутствием электролитных расстройств, эрозии зубной эмали, накоплением слюнных желез, что вызвано частотой и массивностью неестественно вызываемых рвот [5, с. 18].

Нервная анорексия – это опасное, тяжело поддающееся терапии заболевание, требующее соучастия больше врачей в выборе комплексной терапии (спервоначально диетолога и психотерапевта и т.д. в обусловленности от имеющийся клинической симптоматики). Предвидение терапии при нервной анорексии зависит от актуальной диагностики этой болезни и обусловленных им осложнений, принятия адекватных лечебно-тактических решений и мотивирования больного к проведению терапии и выздоровлению.

Источники и литература / Sources and references:

1. Абраменков А. И. Синдромы нервной булимии и нервной анорексии с позиции биопсихосоциального подхода / А. И. Абраменков, Е. А. Бурина // Интерактивная наука. – 2016. – № 6. – С. 49–53.



2. Балакирева Е. Е. Нервная анорексия у детей и подростков (клиника, диагноз, патогенез, терапия): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Балакирева Е. Е. – Москва, 2004. – 23 с.
3. Коркина М. В. К вопросу о нервной анорексии (об одной из причин вторичной анорексии) / М. В. Коркина // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1963. – № 1. – С. 124–129.
4. Семичов С. Б. Некоторые спорные вопросы реабилитации психически больных / С. Б. Семичов // Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. – Ленинград, 1973. – С. 50–63.
5. Цивилько М. А. Обсессивно-фобические расстройства при нервной анорексии и булимии / М. А. Цивилько, М. В. Коркина, А. Е. Брюхин, С. Д. Бушенина, Т. Ю. Линева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. – № 3. – С. 16–19.

ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗРАБОТКИ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХОЛОГИИ

Ширинская А. Д.

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет»,
Россия, г. Донецк*

Актуальность. За более чем столетнюю историю развития проективные методы остаются востребованным инструментом практической психологии, особенно в клинической и консультативной сфере. Они позволяют исследовать скрытые, неосознаваемые аспекты личности через интерпретацию слабо структурированного стимульного материала, что трудно осуществимо с помощью стандартных опросников и тестов. В современных условиях роста запросов на глубокую психодиагностику личности и эмоциональной сферы, в том числе у детей и подростков, возрастает необходимость теоретического и



методического осмысления принципов разработки проективных методик. Систематизация характеристик создания новых проективных методов важна для повышения их научного статуса, валидности и надежности.

Ключевые слова: проективные методы, проективная психодиагностика, разработка диагностических методик, слабо структурированный стимульный материал, личностный смысл, неосознаваемые процессы, психодиагностика личности.

CHARACTERISTICS OF THE DEVELOPMENT OF PROJECTIVE RESEARCH METHODS IN PSYCHOLOGY

Shirinskaya A. D.

Donetsk State University, Donetsk, Russia

Abstract. For more than a century of development, projective methods have remained a sought-after tool for practical psychology, especially in the clinical and advisory fields. They allow us to explore hidden, unconscious aspects of personality through the interpretation of poorly structured stimulus material, which is difficult to achieve using standard questionnaires and tests. In modern conditions of growing demands for deep psychodiagnostics of personality and the emotional sphere, including in children and adolescents, there is an increasing need for theoretical and methodological understanding of the principles of developing projective techniques. Systematization of the characteristics of the creation of new projective methods is important for increasing their scientific status, validity and reliability.

Keywords: projective methods, projective psychodiagnostics, development of diagnostic techniques, poorly structured stimulus material, personal meaning, unconscious processes, personality psychodiagnostics.



Введение

Проективные методы занимают особое место в системе психодиагностических средств, поскольку ориентированы на не прямое, опосредованное исследование личности через предъявление неоднозначных, слабоструктурированных стимулов. В отличие от стандартизированных тестов и опросников, они акцентируют внимание на уникальном способе субъективного осмысления ситуации обследуемым, позволяя выявлять глубинные установки, внутренние конфликты и особенности эмоционально-личностной сферы. Исторически становление проективных методик связано с психоаналитической традицией и клиническим стилем мышления, в рамках которых была подчеркнута роль неосознаваемых процессов и механизмов психологической защиты. Со временем проективные методы вышли за пределы исключительно клинической практики и стали применяться в работе с детьми, подростками и взрослыми в образовательных, консультативных и исследовательских контекстах.

Одновременно с этим на протяжении десятилетий в научном сообществе сохраняются дискуссии о надежности, валидности и воспроизводимости данных, получаемых с помощью проективных методик, о границах их интерпретации и возможностях стандартизации. На фоне этих дискуссий особую значимость приобретает анализ характеристик разработки современных проективных методов, включающий требования к стимульному материалу, процедуре проведения, системе интерпретации и эмпирической проверке диагностических возможностей. Рассмотрение данных характеристик позволяет уточнить методологические основания проективной диагностики и обозначить условия, при которых создаваемые методы могут обладать не только практической полезностью, но и полноценным научным статусом.



Объект и методы исследования

Объектом исследования выступают проективные методы психодиагностики личности как особый класс психологических методов.

Предмет исследования – характеристики процесса разработки (создания) проективных методов: требования к стимульному материалу, процедуре, системе интерпретации и критериям научной обоснованности.

Цель исследования – теоретически обосновать и описать ключевые характеристики разработки проективных методов, определить методологические и практические условия их научной и диагностической состоятельности.

Методы исследования: в работе использованы теоретико-методологический анализ и сравнительный обзор отечественных и зарубежных публикаций, посвящённых истории, теории и практике использования проективных методов в психологии. Применялось сопоставление различных классификаций проективных методик, подходов к пониманию их психологических механизмов и стратегий интерпретации результатов. В рамках анализа учитывались данные о распространённости применения классических проективных тестов (Роршаха, ТАТ и др.) в клинической практике и о современных дискуссиях вокруг их научного статуса.

Теоретические основы исследования

Проективные методы традиционно связываются с понятием «проекция» как психологического механизма переноса субъектом собственных переживаний, установок и конфликтов на внешне нейтральный или неопределённый стимул. В классической психоаналитической традиции проекция рассматривается как способ внешнего приписывания личностно значимых, зачастую неосознаваемых свойств и мотивов, что делает ее благоприятным основанием для диагностики глубинных слоев личности. Наряду



с этим, в дальнейшем были предложены и другие интерпретации механизмов, лежащих в основе проективных методов, в том числе концепция установки, акцентирующая внимание на устойчивых тенденциях восприятия и переработки информации, и категория личностного смысла, подчеркивающая субъективную значимость ситуации для человека.

Современные авторы отмечают, что специфику проективных методик следует искать не только в феномене проекции, но и в особенностях организации стимульного материала, позволяющего минимизировать влияние социальных ожиданий и сознательного самоконтроля обследуемого. Отсутствие однозначно правильного ответа, широкая вариативность интерпретаций и необходимость опоры на собственный опыт и фантазию создают условия для актуализации индивидуальных смыслов и эмоциональных реакций, которые трудно выявить с помощью структурированных тестовых заданий.

К числу ключевых формальных признаков проективных методик относятся слабая структурированность и многозначность стимульного материала, краткие и общие инструкции, допускающие широкий диапазон возможных ответов. Экспериментатор предъявляет обследуемому стимульные объекты (изображения, незавершенные истории, слова, пятна, рисунки и др.), которые не задают жестко определенного способа реагирования, а лишь стимулируют развёртывание субъективного содержания. В отличие от традиционных тестов, где важны точность и скорость выполнения, в проективных методиках акцент переносится на качественный анализ формы и содержания реакции, особенностей её символики, эмоциональной окраски, последовательности и контекста.

Содержательно проективные методы ориентированы на выявление глубинных мотивационно-потребностных характеристик, конфликтных отношений, особенностей образа «Я», эмоциональной регуляции, специфики



межличностных взаимодействий. Они позволяют исследовать не только итоговый ответ, но и процесс его формирования, включая колебания, уточняющие вопросы, невербальные проявления [15, с. 8]. Важной особенностью является необходимость построения диалогических отношений между психологом и обследуемым: специалист выступает не просто регистратором ответов, но и внимательным собеседником, создающим безопасную атмосферу для самораскрытия. Это придает проективным методикам близость к клинико-психологическому и психотерапевтическому подходу, в котором значим опыт совместного переживания и осмысления предъявляемых стимулов.

Разработка новой проективной методики предполагает последовательное решение нескольких взаимосвязанных задач: обоснование теоретической модели личности или психологического конструкта, выбор типа стимульного материала, формулирование инструкции, определение процедур проведения и записи данных, создание системы кодирования и интерпретации.

На первом этапе важно четко определить, какие аспекты личности планируется исследовать (образы «Я», межличностные отношения, эмоциональные состояния, мотивационные тенденции и т.д.) и какие психологические механизмы предполагается актуализировать с помощью стимульных ситуаций.

При подборе стимульного материала учитываются его неоднозначность, способность вызывать широкий спектр ассоциаций и интерпретаций, а также культурно-возрастная приемлемость для целевой группы обследуемых. Чем менее структурирован стимул, тем выше вероятность того, что ответы будут отражать индивидуальные особенности субъекта, а не социально желательные клише; одновременно чрезмерная неопределенность может затруднять понимание задания и снижать диагностическую информативность [14, с. 437].



Поэтому разработчик должен найти баланс между неопределенностью и смысловой насыщенностью стимулов, обеспечивая их доступность и одновременно многозначность.

Инструкция в проективной методике, как правило, остается краткой и гибкой, демонстративно не задает «правильного» способа реагирования, но при этом должна быть достаточно ясной, чтобы обследуемый понимал, какую форму ответа от него ожидают (рассказ, дорисовка, выбор, ассоциация и т.п.). Важной характеристикой разработки является также предварительная проработка возможных реакций и создание системы их кодирования: выделение категорий анализа, уровней интерпретации, критериев оценки эмоциональных, когнитивных и поведенческих особенностей.

Неотъемлемым этапом разработки является эмпирическая проверка надёжности и валидности методики: анализ согласованности оценок разных экспертов, устойчивости результатов при повторном обследовании, сопоставление данных с результатами других диагностических инструментов и клинической информации. Современные исследователи подчеркивают, что без такой проверки проективные методы рискуют оставаться субъективными и зависимыми от индивидуального стиля интерпретатора, что снижает их научный статус.

Исторически становление проективных методик связано не только с психоаналитической традицией, но и с клинко-экспериментальной работой конкретных авторов, которые конструировали стимульный материал и систему интерпретации под определённую теоретическую модель личности. Так, Г. Роршах, разрабатывая тест чернильных пятен, подобрал 10 таблиц с симметричными аморфными пятнами, экспериментально оценивая их способность вызывать разнообразные, но устойчиво классифицируемые ответы у разных групп обследуемых, включая психически здоровых и пациентов



психиатрических клиник [13, с. 513]. Х. Мюррей и К. Морган, создавая тематический апперцептивный тест (ТАТ), опирались на теорию потребностей и «прессов», конструируя серии сюжетных картинок, отражающих типичные конфликтные межличностные ситуации, и разрабатывали схему анализа рассказов по мотивам, потребностям, динамике героев [5, с. 47; 6, с. 241].

В дальнейшем появляются модификации классических методик, ориентированные на конкретные группы: детские апперцептивные тесты (САТ, САТ) с использованием картинок с животными или детьми, адаптированных к возрастным особенностям восприятия, тест фрустрации Розенцвейга, где стимульный материал строится как комикс-сцены с фрустрирующими ситуациями, а система интерпретации ориентирована на типы реакций на фрустрацию (экстрапунитивные, интрапунитивные, импунитивные). Аналогично рисуночные методики (Н-Т-Р, «Рисунок человека», «Рисунок семьи», «Рисунок несуществующего животного») развиваются как особые конструкции, где варьируются инструкция («нарисуй человека / дом / дерево / свою семью / несуществующее животное»), формат листа, ограничения по времени и вводятся системы категориального анализа формы, содержания и символики рисунка [12, с. 210].

Современные классификации выделяют несколько групп проективных техник, что важно учитывать при их разработке. Среди них: ассоциативные методики (свободные и направленные ассоциации, тесты типа Роршаха, цветовой тест Люшера), конструктивные методики (апперцептивные тесты, рисуночные методики, игры с куклами и фигурками), методики завершения (тесты незаконченных предложений, незавершённых рассказов), методики выбора или упорядочивания (тесты предпочтения, тесты типа Сондия) и экспрессивные методики (анализ почерка, пластические и игровые формы выражения) [11, с. 220]. Для каждой группы специфичны свои требования к



стимульному материалу: от степени неоднозначности и эмоциональной насыщенности до культурной и возрастной релевантности.

Разработка новой проективной методики включает несколько уровней: теоретико-концептуальный, конструкторский (создание стимулов и инструкции), процедурно-организационный и уровень стандартизации, валидации и нормирования. На теоретико-концептуальном уровне автор опирается на определённую модель личности (психоаналитическую, феноменологическую, когнитивно-персонологическую, культурно-деятельностную и др.) и уточняет, какие именно конструкты будут диагностироваться (например, глубинные потребности и конфликты, типы привязанности, особенности образа «Я», реакция на фрустрацию, механизмы совладания). Так, в основе ТАТ лежит теория потребностей Х. Мюррея, в основе теста Роршаха – представления о структуре восприятия, проекциях и типах реагирования на неопределённый стимул, а при создании теста Розенцвейга акцент делался на теории фрустрации и агрессии [8, с. 120].

На конструкторском уровне автор выбирает тип стимульного материала (изображения, словесные стимулы, незавершённые предложения, игровые объекты) и экспериментально проверяет их способность вызывать широкий спектр индивидуально окрашенных реакций при сохранении возможности систематизации. Выбор числа стимулов, их последовательности и сложности, а также степени структурированности происходит на основе пилотажных исследований: тестируются разные варианты стимулов на малых выборках, проводится качественный анализ ответов, выделяются повторяющиеся категории и типы реакций.

Подобный путь прошли, например, создатели тестов незаконченных предложений, отбирая формулировки «стимулов-стержней» («Моё будущее...», «Люди вокруг меня...», «Когда я был ребёнком...»), которые надёжно



актуализируют значимые для личности отношения, но не навязывают готового содержания.

Проектирование инструкции предполагает сочетание краткости, гибкости и достаточной определённости. В классических методиках (Роршах, ТАТ, рисуночные тесты) инструкция формулируется так, чтобы минимизировать социальную желательность и заданность «правильного» ответа, но при этом ясно обозначить форму реагирования: «Скажите, на что это похоже», «Придумайте рассказ по картинке», «Нарисуйте человека целиком», «Закончите предложение любым удобным для вас способом». На этом этапе автор продумывает, допускается ли уточнение инструкции в ходе работы, как реагировать на вопросы обследуемого, насколько допустимы дополнительные пояснения и примеры, чтобы не исказить проективность ситуации.

Разработка системы кодирования и интерпретации строится на сочетании категориального (качественного) анализа и, по возможности, количественных показателей. В тесте Роршаха это привело к созданию детальных систем счёта и интерпретации (Ехнер и др.), где каждая реакция кодируется по ряду параметров (локализация, детальность, форма, цвет, движение, содержание и др.), а затем рассчитываются индексы, позволяющие делать структурированные выводы о когнитивных и эмоционально-личностных особенностях [9, с. 274]. В ТАТ и его модификациях аналогично выделяются показатели по содержанию рассказов (темы, мотивы, типы героев, завершения), динамике (напряжение, конфликт, разрешение), эмоциональному тону, степени идентификации с персонажами, после чего создаются схемы интерпретации для разных групп обследуемых.

Процедурно-организационный уровень разработки включает описание условий проведения (индивидуальная или групповая форма, обстановка кабинета, продолжительность, допустимость перерывов), порядка предъявления стимулов и регистрации ответов (дословная запись, аудио- или видеозапись,



использование бланков протокола) [10, с. 260]. Важно регламентировать поведение психолога: допустимые нейтральные уточнения, поддержка, сроки обратной связи, правила обсуждения результатов с обследуемым, особенно при работе с детьми и уязвимыми группами. Здесь же проектируются этические ограничения: информированное согласие, конфиденциальность, недопустимость категоричных вердиктов по результатам одной методики.

Этап стандартизации и эмпирической проверки включает несколько видов исследований. Во-первых, проверяется надёжность: межэкспертная согласованность при кодировании ответов, тест-ретестная стабильность значимых показателей там, где это оправдано. Во-вторых, оценивается валидность: сопоставление результатов с клиническими диагнозами, данными наблюдения, другими стандартизированными тестами (конвергентная и дивергентная валидность), а также с экспертными оценками специалистов. В-третьих, проводятся нормативные исследования на репрезентативных выборках для построения возрастных, гендерных и иных норм, особенно когда методика предполагает количественную интерпретацию. Значительная часть современных работ посвящена адаптации и нормированию классических методик (Роршаха, ТАТ, рисуночных тестов) в разных культурах и возрастных группах, что требует комплексной переработки стимулов, инструкции и системы интерпретации с учётом культурных и языковых особенностей.

Анализ современных источников показывает, что разработка проективных методик происходит на стыке нескольких теоретических линий: психоаналитической и неоаналитической (проекция, защитные механизмы, бессознательные мотивы), когнитивной (апперцептивное искажение, схемы восприятия, селективность внимания), культурно-деятельностной (личностный смысл, субъективное конструирование ситуации) и диалогической, подчеркивающей коммуникативный характер проективного взаимодействия.



Например, концепция апперцептивного искажения Л. Беллака в интерпретации ТАТ акцентирует не столько вытесненные содержания, сколько устойчивые способы конструирования смысла в неоднозначных ситуациях [1, с. 311]. Подход Н.С. Бурлаковой и В.И. Олешкевича рассматривает проективный материал как диалогические структуры, актуализирующие не только внутренние, но и внешние коммуникативные модели, что влияет на дизайн стимулов и формулирование инструкций [2, с. 210; 7, с. 278].

На практике это выражается в том, что при конструировании новых методик разработки всё чаще ориентируются на конкретные диагностические задачи: изучение привязанности и семейных отношений у дошкольников через игровые и рисуночные проективные технологии, диагностику агрессии и фрустрационной толерантности у подростков через сюжетные или комикс-подобные стимулы, исследование профессиональной идентичности и ценностей взрослых через тесты незаконченных предложений и тематические рассказы. Тем самым проективные методы из «универсальных» становятся всё более проблемно-ориентированными и возрастно-специфическими, что требует особой тщательности в разработке стимулов, инструкций и систем интерпретации.

В современной научной литературе прослеживаются по крайней мере три основных направления обсуждения разработки проективных методов. Первое направление связано с уточнением психологического механизма, лежащего в основе проективной диагностики: от классической «проекции» к более широким понятиям установки, личностного смысла, субъективного конструирования ситуации [4, с. 110]. Это позволяет рассматривать проективные методики как средства выявления не только вытесненных, но и в целом лично значимых, труднодоступных для прямого опроса смыслов и отношений.



Второе направление касается формальных признаков и процедурных характеристик методик: уточняются требования к степени структурированности стимулов, форме инструкций, роли исследователя и характеру взаимодействия с обследуемым. Подчеркивается необходимость перехода от исключительно клинико-интуитивной интерпретации к более стандартизированным схемам анализа, сочетающим качественные и количественные критерии.

Третье направление связано с обсуждением научного статуса и доказательной базы проективных методов. С одной стороны, отмечается их широкое и постоянное использование в клинической практике и образовательной психологии, что свидетельствует о высокой практической значимости. С другой стороны, подчеркиваются недостаточная разработанность процедур верификации, необходимость повышения надежности и валидности, интеграции проективных методик в мультимодальные диагностические программы, включающие стандартизированные тесты, наблюдение и анализ объективных данных.

Анализ также показывает, что современные авторы обращают внимание на создание специализированных проективных инструментов для отдельных возрастных и целевых групп, например, для дошкольников, детей младшего школьного возраста, подростков, а также для исследования отдельных личностных переменных (тревожность, агрессивность, особенности привязанности и др.). Это требует учёта возрастно-психологических особенностей при конструировании стимулов и инструкций, а также адаптации системы интерпретации к специфике изучаемых групп.

Выявленные направления и характеристики разработки проективных методов позволяют сделать вывод о постепенном переходе от преимущественно клинико-интуитивного подхода к более системной и методологически рефлексивной стратегии конструирования методик. Сохранение принципов



слабо структурированного стимульного материала и диалогической формы взаимодействия с обследуемым сочетается с поиском способов стандартизации процедуры и интерпретации, что призвано повысить воспроизводимость и доказательность результатов.

При этом сохраняется напряжение между необходимостью гибкости, индивидуализации и глубины анализа, с одной стороны, и требованиями количественной оценки, надежности и валидности – с другой. Для разрешения данного противоречия перспективным представляется включение проективных методик в мультимодальные диагностические комплексы, где они дополняют данные опросников, тестов способностей, наблюдения, анализа продуктов деятельности [3, с. 170]. В таком контексте проективные методы перестают рассматриваться как универсальный и самодостаточный инструмент, но получают статус специализированного средства углубленной качественной диагностики определенных аспектов личности.

Особое значение имеет разработка четких схем кодирования и интерпретации, обучение специалистов правилам проведения и анализа проективных методик, а также развитие этических стандартов их применения. Неправильное использование или гипертрофированная трактовка отдельных реакций без учета контекста жизни обследуемого могут приводить к стигматизации, ошибочным выводам и подрыву доверия к методам в целом. Поэтому характеристика разработки проективных методик должна включать не только технические параметры, но и требования к профессиональной подготовке психолога, его рефлексивной позиции и готовности к сотрудничеству с обследуемым.

Заключение

Проективные методы исследования личности представляют собой особый класс психодиагностических средств, ориентированных на изучение



индивидуальных смыслов и неосознаваемых аспектов психики через интерпретацию слабо структурированного стимульного материала. Теоретический анализ показал, что разработка проективных методик опирается на представления о проекции, установке, личностном смысле и субъективном конструировании ситуации, а также требует соблюдения ряда формальных и содержательных критериев. Ключевыми характеристиками процесса создания новых проективных методов являются обоснование целевого психологического конструкта, подбор многозначного, но доступного стимульного материала, формулировка ясной, но не директивной инструкции, разработка системы кодирования и интерпретации, а также эмпирическая проверка надежности и валидности.

Современные тенденции свидетельствуют о необходимости интеграции проективных методик в мультимодальные программы психодиагностики, повышении стандартизации процедур и разработке четких этических регламентов их применения. Перспективы дальнейших исследований связаны с созданием возрастно-специфических и проблемно-ориентированных проективных инструментов, уточнением критериев их научной состоятельности и разработкой программ подготовки специалистов, компетентных в качественной и количественной интерпретации получаемых данных.

Источники и литература / Sources and references:

1. Беллак, Л. Тематический апперцептивный тест: теория, практика, интерпретация / Л. Беллак ; пер. с англ. - Москва : Класс, 2001. - 312 с.
2. Бурлакова, Н. С. Проективные методы: дискуссии о научном статусе, возможностях и ограничениях в современной диагностике личности : монография / Н. С. Бурлакова. - Москва : МГППУ, 2016. - 250 с.
3. Мак-Клелланд, Д. Мотивация человека / Д. Мак-Клелланд. - Санкт-Петербург : Питер, 2007. - 304 с.



4. Мякушкин, Т. В. Проективные методы психодиагностики : учебное пособие / Т. В. Мякушкин. -Казань : КФУ, 2014. -190 с.
5. Обухова, П. К. К вопросу о разработке и использовании проективных методов изучения личности / П. К. Обухова // Психологический журнал. — 2019. -Т. 40, № 3. - С. 45–56.
6. Проективный метод в психодиагностике : учебное пособие / под ред. Е. Т. Соколовой. - Москва : Академия, 2015. — 280 с.
7. Проективные методы в клинической психологии : учебное пособие / под ред. Н. С. Бурлаковой. - Москва : МГППУ, 2018. - 320 с.
8. Проективные методики в психологии: примеры и особенности применения // Психологическая наука и образование. - 2022. - Т. 27, № 4. - С. 112–128.
9. Роршах, Г. Психодиагностика / Г. Роршах. - Москва : ЭКСМО, 2010. - 384 с.
10. Соколова, Е. Т. Проективные методы исследования личности / Е. Т. Соколова. - Москва : Изд-во МГУ, 2012.- 288 с.
11. История создания и обоснования проективных методик // Психодиагностика : учебное пособие / под ред. А. Г. Шмелёва. — Москва : АСТ, 2016. — С. 210–245.
12. Проективные методики в психодиагностике личности: теория и практика / под ред. Т. В. Мякушкина. - Казань : КФУ, 2015. — 270 с.
13. Хекхаузен, Х. Мотивация и деятельность / Х. Хекхаузен. -Санкт-Петербург : Питер, 2003. - 528 с.
14. Exner, J. F. The Rorschach: A Comprehensive System. Vol. 1. Basic Foundations and Principles of Interpretation / J. F. Exner. - New York : Wiley, 2003. - 680 p.



15. Projective Techniques: Even We Skeptics Should Know a Little // Journal of School Psychology. - 2021. - Vol. 59. - P. 1–15.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ

Ширинская А. Д.

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет»,
Россия, г. Донецк*

Аннотация. В статье рассматриваются теоретико-методологические основания клинической психодиагностики и психотерапии, их взаимосвязь в системе клинико-психологической помощи пациентам с различными психическими и психосоматическими расстройствами. Особое внимание уделяется роли психодиагностического процесса в формировании психологического диагноза, выборе психотерапевтической стратегии и оценке эффективности проводимой терапии. Показано, что интеграция качественных и количественных методов, а также сочетание клинико-психологического и личностно-ориентированного подходов, обеспечивает более полное понимание внутренней картины болезни и адаптационных ресурсов пациента. Обосновывается необходимость междисциплинарного взаимодействия клинического психолога, психиатра и психотерапевта в рамках единого реабилитационного пространства.

Ключевые слова: клиническая психодиагностика, психотерапия, клиническая психология, психологический диагноз, внутренняя картина болезни, копинг-стратегии, эффективность психотерапии.



CLINICAL PSYCHODIAGNOSTICS AND PSYCHOTHERAPY

Shirinskaya A. D.

Donetsk State University, Donetsk, Russia

Abstract. The article examines the theoretical and methodological foundations of clinical psychodiagnostics and psychotherapy, their relationship in the system of clinical and psychological care for patients with various mental and psychosomatic disorders. Special attention is paid to the role of the psychodiagnostic process in the formation of a psychological diagnosis, the choice of a psychotherapeutic strategy and the assessment of the effectiveness of therapy. It is shown that the integration of qualitative and quantitative methods, as well as a combination of clinical, psychological and personality-oriented approaches, provides a more complete understanding of the internal picture of the disease and the patient's adaptive resources. The necessity of interdisciplinary interaction of a clinical psychologist, psychiatrist and psychotherapist within a single rehabilitation space is substantiated.

Keywords: clinical psychodiagnostics, psychotherapy, clinical psychology, psychological diagnosis, internal picture of the disease, coping strategies, effectiveness of psychotherapy.

Введение

Современная клиническая практика характеризуется ростом распространённости аффективных, тревожных, соматоформных и психосоматических расстройств, что повышает требования к точности клинической психодиагностики и научной обоснованности психотерапевтических вмешательств. В этих условиях психолог оказывается ключевой фигурой, обеспечивающей мост между медицинской диагностикой и психологическим пониманием личности пациента, его жизненной истории,



копинг-ресурсов и систем межличностных отношений. Актуальной становится интеграция психодиагностики и психотерапии как последовательных и взаимосвязанных этапов единого клинико-психологического процесса, что позволяет не только уточнять диагноз, но и оценивать динамику состояния пациента в ходе лечения. Дополнительную значимость данная проблема приобретает в связи с требованиями к доказательной базе психотерапевтических методов и стандартизацией психодиагностических процедур в медицинских учреждениях.

Клиническая психодиагностика на современном этапе развития клинической психологии рассматривается как развернутый во времени, структурированный интерактивный процесс, направленный на выявление особенностей когнитивной, эмоционально-волевой и личностной сфер пациента в условиях болезни. В отличие от общей психодиагностики, она опирается на клинический контекст, учитывает нозологическую специфику, динамику симптомов и влияние заболевания на систему жизненных отношений личности. Психотерапия, в свою очередь, выступает не только как метод коррекции психических расстройств, но и как пространство реконструкции жизненных отношений, формирования новых способов эмоциональной и поведенческой регуляции, личностного роста пациента.

В отечественной традиции (Б. Д. Карвасарский, М. Е. Бурно, В. Н. Мясищев, В. Е. Рожнов, В. К. Мягер и др.) подчёркивается неразрывная связь клинико-психологической диагностики и психотерапевтического процесса, в рамках которого психологический диагноз выполняет не только констатирующую, но и прогностическую и проектировочную функции [1; 2; 3]. В зарубежных подходах (З. Фрейд, К. Г. Юнг, А. Адлер, К. Роджерс, А. Бек и др.) также акцентируется необходимость предварительного диагностического



понимания структуры личности, доминирующих схем, установок и способов переработки опыта для адекватного выбора психотерапевтической модели.

Таким образом, исследование соотношения клинической психодиагностики и психотерапии, их методологических и практических взаимосвязей является значимой задачей современной клинической психологии, ориентированной на интеграцию научного знания и прикладной деятельности в системе здравоохранения.

Объект исследования – клинико-психологическая помощь пациентам с психическими и психосоматическими расстройствами в условиях медицинской организации.

Предмет исследования – взаимосвязь клинической психодиагностики и психотерапии, проявляющаяся в структуре психологического диагноза, выборе психотерапевтической стратегии и оценке эффективности лечения.

Цель исследования – теоретически обосновать и описать роль клинической психодиагностики в планировании и реализации психотерапевтических интервенций, а также в мониторинге динамики состояния пациента.

Задачи исследования:

Проанализировать теоретические подходы к пониманию клинической психодиагностики в отечественной и зарубежной психологической литературе.

Охарактеризовать основные этапы психодиагностического процесса в клинике и их связь с формированием психологического диагноза.

Выделить ключевые подходы к психотерапии в клинической практике и показать, каким образом психодиагностические данные определяют выбор психотерапевтической стратегии.



Описать возможности использования психодиагностических методов для оценки эффективности психотерапии и динамики психологического состояния пациента.

В работе использованы следующие методы: теоретико-методологический анализ отечественных и зарубежных источников по клинической психодиагностике и психотерапии; сравнительно-сопоставительный анализ подходов к психодиагностике и психотерапии в разных теоретических школах (психоаналитической, когнитивно-поведенческой, гуманистической, экзистенциальной и др.); обобщение и систематизация данных о психодиагностических методиках, применяемых в клинических условиях (опросники, проективные методы, клинико-психологическое интервью, патопсихологический эксперимент и др.).

Теоретические основы исследования

Клиническая психодиагностика сформировалась на стыке психиатрии, патопсихологии и общей психодиагностики, интегрируя в себе клинико-описательные и экспериментально-психологические подходы. В отечественной традиции значительный вклад в её развитие внесли С.Я. Рубинштейн, Б.В. Зейгарник, Л.С. Выготский, В.Н. Мясищев, Б.Д. Карвасарский, О.Ю. Щёлкова и др., показавшие необходимость анализа не только отдельных симптомов, но и целостной системы отношений личности, её мотивационно-смысловой сферы, особенностей регуляции деятельности и общения [2; 3; 4].

Современные руководства по клинической психодиагностике подчёркивают, что психологическое исследование в клинике представляет собой последовательность этапов: формулировка запроса, выбор методик, проведение исследования, анализ и интерпретация результатов, формирование психологического диагноза и заключения, обсуждение выводов с медицинской



командой. При этом психологический диагноз понимается как многомерное описание структуры индивидуально-психологических особенностей пациента, отражающее не только тяжесть нарушений, но и уровень сохранности функций, компенсаторные ресурсы, стиль отношения к болезни и прогноз психологической адаптации.

Отечественные авторы подчёркивают значимость исследования внутренней картины болезни (Л.И. Вассерман, Б.Д. Карвасарский, Е.Т. Соколова и др.), включающей когнитивные представления пациента о болезни, эмоциональное переживание нарушений, поведенческие стратегии совладания и изменения в системе ценностей и смыслов [2, с. 317]. Эти параметры имеют непосредственное значение для выбора психотерапевтических методов и определения направления личностно-ориентированной работы с пациентом.

Клиническая психотерапия представляет собой систему методов психологического воздействия, направленных на изменение патологических симптомов, реконструкцию системы отношений, формирование новых способов переработки жизненного опыта и повышение качества жизни пациента. В её основе лежат различные теоретические модели: психодинамическая (З. Фрейд, К.Г. Юнг, О. Ранк, Э. Эриксон), когнитивно-поведенческая (А. Бек, А. Эллис), гуманистическая и клиент-центрированная (К. Роджерс, В. Франкл, Р. Мэй), системная и семейная терапия (М. Боуэн, С. Минухин), а также интегративные и эклектические подходы [5; 6; 7].

В отечественной клинической психологии большое значение имеют концепции Б.Д. Карвасарского, М.Е. Бурно, В.Н. Мясищева, В.Е. Рожнова, развивающих идеи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, патогенетической психотерапии, групповой аналитической терапии и другие [1; 3]. Общим является понимание психотерапевтического процесса как совместной деятельности терапевта и пациента по осознанию и



переработке конфликтов, изменению неадаптивных способов реагирования и формированию новой системы жизненных отношений.

Методические материалы по психотерапии в клинике выделяют ряд ключевых этапов психотерапевтического процесса: установление контакта и достижение комплайенса, прояснение проблемы, определение психотерапевтических мишеней, реализация конкретных техник и методов, оценка результатов и закрепление изменений. На каждом из этих этапов значимы данные клинической психодиагностики, позволяющие уточнять гипотезы о механизмах эмоциональных и поведенческих нарушений и адаптировать стратегию психотерапии к индивидуальным особенностям пациента.

Взаимосвязь клинической психодиагностики и психотерапии проявляется, по меньшей мере, в трёх ключевых аспектах.

Во-первых, психодиагностика определяет рамки психологического диагноза, в котором формулируются не только описание нарушений, но и гипотезы о психологических механизмах их формирования (конфликты, установки, схемы, особенности привязанности, способы совладания и др.). Эти гипотезы служат основанием для выбора той или иной психотерапевтической модели (когнитивно-поведенческой, психодинамической, гуманистической и т. д.) и конкретных техник (реструктуризация дисфункциональных убеждений, экспозиция, работа с семейной системой, анализ переноса и контрпереноса и др.).

Во-вторых, данные клинической психодиагностики используются для определения уровня психологической готовности пациента к психотерапии, оценки его мотивации, способности к рефлексии, особенностей интеллекта и эмоциональной регуляции, что позволяет выбирать оптимальный формат работы (индивидуальная, групповая, семейная терапия; краткосрочная или длительная; поддерживающая или реконструктивная). Например, при выраженных



когнитивных дефицитах и снижении критичности будет предпочтительна более структурированная и поддерживающая терапия, ориентированная на развитие навыков совладания и обучение, тогда как при сохранном интеллекте и высокой мотивации возможна глубинно-личностная работа.

В-третьих, психодиагностические методы используются для мониторинга динамики состояния пациента в ходе психотерапии, оценки эффективности применяемых вмешательств и уточнения терапевтических целей. Здесь важны как повторные измерения с помощью стандартизированных опросников и шкал (уровень тревоги, депрессии, качества жизни, копинг-стратегий и др.), так и качественный анализ изменений во внутренней картине болезни, системе отношений, самооценке и жизненных планах пациента.

Результаты теоретического анализа и их обсуждение

Проведённый анализ учебных пособий и методических материалов по клинической психодиагностике показывает, что в большинстве современных курсов психодиагностика представляется как интегративный процесс, в котором сочетаются клинико-анализаторский и экспериментально-психологический уровни. Психодиагностика в клинике описывается как целенаправленная деятельность, обеспечивающая получение данных для клинической диагностики, оценку структуры и степени нервно-психических расстройств, исследование личностных и когнитивных особенностей пациента, а также подготовку психологического заключения для врача-клинициста.

Методические разработки по современным курсам клинической психодиагностики подчёркивают значимость исследования внутренней картины болезни и масштабов переживания болезни, личностного смысла заболевания, динамики субъективного отношения к болезни и адаптационных ресурсов пациента.



Эти компоненты рассматриваются как ключевые психодиагностические показатели, непосредственно связанные с выбором и планированием психотерапевтических вмешательств.

Анализ материалов по психотерапии в клинической практике свидетельствует о том, что психотерапия понимается как многоэтапный процесс, включающий установление контакта, прояснение проблемы, определение психотерапевтических мишеней, реализацию конкретных методов и реконструкцию всей системы жизненных отношений личности пациента. В отечественных руководствах подчёркивается, что реконструкция системы отношений является центральной целью личностно-ориентированной психотерапии, что созвучно концепции В.Н. Мясищева о системе отношений личности как ядре структуры характера [3, с. 410].

Сопоставление теоретических положений по психодиагностике и психотерапии позволяет заключить, что клиническая психодиагностика выполняет по отношению к психотерапии диагностическую, прогностическую и проектировочную функции. Диагностическая функция заключается в выявлении психологических механизмов расстройства, прогностическая – в оценке вероятных тенденций развития состояния и эффективности различных видов психотерапевтической помощи, проектировочная – в формировании индивидуального плана психотерапии, учитывающего особенности личности и жизненной ситуации пациента.

Таким образом, между клинической психодиагностикой и психотерапией существует не линейная, а циклическая связь: первичная диагностика определяет выбор стратегии психотерапии, а последующая диагностика позволяет оценивать её результаты и корректировать терапевтический план. Это соответствует современным требованиям доказательной медицины и клинической психологии, предполагающим обязательное использование



валидных и надёжных методик для оценки эффективности психотерапевтических вмешательств.

Заключение

Теоретический анализ научной и учебно-методической литературы позволяет сделать вывод о том, что клиническая психодиагностика и психотерапия представляют собой взаимодополняющиеся направления клинической психологии, объединённые общей целью – оказание квалифицированной психологической помощи пациентам с психическими и психосоматическими расстройствами. Клиническая психодиагностика обеспечивает многомерное описание личности пациента, его внутренней картины болезни, копинг-ресурсов и системы отношений, что создаёт основу для выбора адекватной психотерапевтической модели и конструирования индивидуального плана терапии.

Психотерапия, в свою очередь, реализует потенциал психологического диагноза, направляя усилия терапевта и пациента на реконструкцию системы отношений, изменение неадаптивных эмоциональных и поведенческих паттернов, формирование новых способов совладания с болезнью и жизненными трудностями. Циклическая связь психодиагностики и психотерапии проявляется в постоянной оценке динамики состояния пациента, корректировке терапевтических целей и методов на основе повторных психодиагностических обследований.

Перспективы дальнейших исследований видятся в эмпирическом изучении эффективности различных комбинаций психодиагностических методик и психотерапевтических подходов при конкретных нозологических формах, а также в разработке стандартизированных протоколов клинико-психологического сопровождения пациентов в междисциплинарных командах.



Источники и литература / Sources and references:

1. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. – М.: Класс, 2006. – 528 с.
2. Карвасарский Б. Д. Неврозы: руководство для врачей. – СПб.: Питер, 2000. – 544 с.
3. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. – Л.: Медгиз, 1960. – 423 с.
4. Щёлкова О. Ю. Клиническая психодиагностика: учебное пособие. – СПб.: СПбГУ, 2010. – 240 с.
5. Клиническая психодиагностика: учебно-методическое пособие. – СПб.: СПбГУ, 2018. – 120 с.
6. Современная клиническая психодиагностика: методические рекомендации для студентов. – Новосибирск: НГУ, 2019. – 64 с.
7. Психотерапия в клинической практике: методическое пособие / Под ред. Халезовой Н. В. – СПб.: СПбГМУ, 2010. – 180 с.

АРТ-ТЕРАПИЯ ГЛАЗАМИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ: НА ПРИМЕРЕ КЕМЕРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

Штей Е. О.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – канд. ист. наук, доцент Г. В. Акименко

Аннотация. В статье рассматривается проблема изучения отношения студентов медицинского вуза к арт-терапевтическим методам. Актуальность исследования обусловлена растущим интересом к арт-терапии как эффективному инструменту психологической поддержки в системе высшего медицинского образования. На основе анализа литературы и эмпирических данных выявляются основные факторы, влияющие на восприятие арт-терапии



студентами-медиками. Представлены предварительные результаты оценки готовности обучающихся Кемеровского государственного медицинского университета к включению арт-терапевтических практик в образовательный процесс.

Ключевые слова: арт-терапия, студенты-медики, отношение обучающихся, психоэмоциональное состояние, профессиональная подготовка, Кемеровский государственный медицинский университет.

ART THERAPY THROUGH THE EYES OF FUTURE DOCTORS: ON THE EXAMPLE OF KEMEROVO STATE UNIVERSITY

Shtey E.O.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University o, Kemerovo, Russia

Scientific adviser – G.V. Akimenko

Abstract. The article discusses the problem of studying the attitude of medical students to art-therapeutic methods. The relevance of the study is due to the growing interest in art-therapy as an effective tool of psychological support in the system of higher medical education. Based on the analysis of literature and empirical data, the main factors influencing the perception of art-therapy by medical students are identified. The article presents preliminary results of assessing the readiness of students at Kemerovo State Medical University to include art-therapeutic practices in the educational process.

Keywords: art therapy, medical students, students' attitudes, psychoemotional state, professional training, Kemerovo State Medical University

Введение

Современное медицинское образование характеризуется высоким уровнем академических нагрузок, эмоциональным напряжением и необходимостью



формирования у будущих врачей не только профессиональных компетенций, но и психологической устойчивости [1, 3]. В этой связи возрастает интерес к использованию арт-терапевтических методов как средства профилактики эмоционального выгорания и развития личности обучающихся. Кемеровский государственный медицинский университет (КемГМУ) активно развивает данное направление, о чем свидетельствует проведение международных конференций по арт-терапии. Однако вопрос об отношении самих студентов к арт-терапевтическим практикам остается недостаточно изученным.

Исследование выполнено в рамках актуальной научной проблемы - поиска эффективных методов психолого-педагогического сопровождения студентов в условиях цифровизации и интенсификации образовательного процесса. Целью данной работы является анализ отношения обучающихся в КемГМУ к арт-терапии как к инструменту психологической поддержки и профессионального развития.

Результаты и обсуждение

Арт-терапия представляет собой направление, использующее творческие методы для психологической коррекции и развития личности. В контексте медицинского вуза данный подход приобретает особое значение, поскольку будущие врачи ежедневно сталкиваются с чужими страданиями, что требует развитой эмоциональной сферы и навыков саморегуляции [1].

Как отмечают исследователи, использование арт-технологий в университетском образовании способствует развитию эмоционального интеллекта студентов, который является ключевым компонентом профессиональной компетентности современного специалиста. В КемГМУ традиционно уделяется внимание внедрению арт-терапевтических программ, что подтверждается участием университета в организации научно-практических конференций по данной тематике.



Отношение студентов к арт-терапии формируется под воздействием ряда факторов:

1. Информированность о методах - уровень знаний о сущности, формах и возможностях арт-терапии;
2. Личный творческий опыт - наличие или отсутствие предшествующего опыта участия в творческих практиках;
3. Воспринимаемая полезность - оценка применимости арт-терапевтических методов в будущей профессиональной деятельности;
4. Культурные и гендерные стереотипы - представления о «серьезности» медицинского образования и несовместимости с художественным творчеством;
5. Институциональная поддержка - наличие организованных арт-терапевтических программ в структуре университета.

Изучение отношения студентов-медиков к арт-терапии сопряжено с методологическими трудностями [1, 2]. Медицинское образование традиционно ориентировано на объективные, эмпирически обоснованные методы, что может формировать скептическое отношение к «ненаучным» практикам. В то же время, исследования показывают, что именно студенты медицинских специальностей демонстрируют высокий уровень потребности в психологической поддержке.

Эмпирическое исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России. В опросе приняли участие 87 обучающихся 1-4 курсов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов. Возраст респондентов составил от 18 до 24 лет (средний возраст - 20,3 года). Гендерный состав: 73% женского пола, 27% мужского пола, что отражает общую структуру обучающихся в медицинском вузе.



Для оценки отношения к арт-терапии был разработан авторский опросник, включающий следующие блоки:

1. Информированность об арт-терапии (5 вопросов);
2. Оценка эффективности арт-терапевтических методов (7 утверждений по шкале Лайкерта);
3. Готовность к участию в программах (3 вопроса);
4. Барьеры восприятия (открытый вопрос);
5. Социально-демографические характеристики.

Дополнительно использовалась методика незаконченных предложений для выявления ассоциаций, связанных с арт-терапией.

Сбор данных осуществлялся в феврале-марте 2025 года в форме анонимного анкетирования. Участие было добровольным. Статистическая обработка включала расчет частотных распределений, корреляционный анализ (коэффициент Спирмена) и контент-анализ открытых ответов.

Результаты

Результаты показали, что 42,5% респондентов имеют общее представление об арт-терапии, 31,0% — «что-то слышали», 15,0% — хорошо осведомлены, 6,9% - не знают о данном методе, 4,6% затруднились ответить.

Наиболее известными формами арт-терапии оказались: изотерапия (86,2%), музыкотерапия (79,3%) и сказкотерапия (51,7%). Менее известны: танцевально-двигательная терапия (41,4%), драматерапия (25,3%) и песочная терапия (32,2%).

Анализ ответов по шкале Лайкерта (1 - полностью не согласен, 5 - полностью согласен) позволил выявить средние оценки по следующим утверждениям:



Утверждение	Средний балл	Стандартное отклонение
Арт-терапия помогает снизить стресс и тревогу	4,12	0,87
Занятия творчеством могут быть полезны для будущего врача	3,78	1,02
Арт-терапия — это серьезный метод, а не просто развлечение	3,45	1,14
Арт-терапия несовместима с имиджем врача	2,18	1,07
У меня есть время для участия в арт-терапевтических программах	2,56	1,11

Наиболее высоко студенты оценили стресс-редуцирующий потенциал арт-терапии, что согласуется с данными о высоком уровне учебного стресса у студентов-медиков. При этом наблюдается скептицизм относительно совместимости творческих практик с профессиональным имиджем врача (низкая оценка по обратному утверждению свидетельствует о неприятии данного стереотипа большинством).

Анализ готовности к участию в арт-терапевтических программах показал, что 47,1% респондентов «скорее готовы» принять участие при наличии свободного времени, 21,8% «определенно готовы», 17,2% «скорее не готовы», 8,0% «определенно не готовы», 5,9% затруднились ответить.

Наиболее предпочтительными форматами оказались: разовые мастер-классы (54,0%), кружок/клуб по интересам (28,7%) и обязательные в рамках учебного процесса занятия (14,9%).



Корреляции и различия

Выявлены умеренные положительные корреляции между:

- Информированностью об арт-терапии и оценкой ее эффективности ($r = 0,42, p < 0,01$);
- Личным творческим опытом и готовностью к участию ($r = 0,38, p < 0,01$);
- Оценкой полезности для будущей профессии и общим уровнем принятия ($r = 0,45, p < 0,01$).

Значимых гендерных различий не обнаружено, однако студенты младших курсов (1-2 курсы) демонстрируют более высокую готовность к участию по сравнению со старшекурсниками ($t = 2,34, p < 0,05$).

Полученные данные позволяют сформулировать несколько ключевых выводов относительно отношения студентов КемГМУ к арт-терапии.

Во-первых, наблюдается «информационный дефицит»: лишь 15% респондентов хорошо осведомлены о методах арт-терапии. Это соответствует общероссийской тенденции, отмеченной в обзоре Азаровой и Ларионовой (2025), которые констатируют недостаточную представленность арт-терапевтической проблематики в системе профессионального образования.

Во-вторых, студенты позитивно оценивают стресс-редуцирующий потенциал арт-терапии (средний балл - 4,12), однако настороженно относятся к возможности интеграции творческих практик в учебный процесс и признают дефицит времени. Данное противоречие указывает на необходимость поиска «малоформатных» арт-терапевтических вмешательств, не требующих значительных временных затрат.

В-третьих, результаты свидетельствуют о преодолении стереотипа о несовместимости арт-терапии с «серьезным» медицинским образованием (средняя оценка по обратному утверждению - 2,18). Это создает благоприятную



основу для внедрения программ психологической поддержки творческими методами.

Сопоставляя результаты с данными конференции «Практика исцеления творчеством», проведенной в КемГМУ в 2025 году, можно отметить преимущество: университет создает научно-методическую базу для развития арт-терапии, однако необходимо усилить работу по информированию студентов о доступных возможностях [1, 4].

Заключение

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Большинство обучающихся КемГМУ (73,5%) имеют общее или фрагментарное представление об арт-терапии, однако лишь 15% характеризуются глубокой осведомленностью.
2. Отношение студентов к арт-терапии в целом позитивное, особенно в аспекте снижения стресса (средний балл 4,12 из 5). Около 69% респондентов выражают готовность к участию в арт-терапевтических программах.
3. Основным барьером для более широкого вовлечения является дефицит времени - лишь 25,3% студентов согласны с утверждением о наличии свободного времени для творческих занятий.
4. Выявлена корреляция между информированностью об арт-терапии и позитивным отношением к ней, что указывает на необходимость систематической просветительской работы.

Источники и литература / Sources and references:

1. Головки О.В. Отношение к арт-терапии обучающихся в кемеровском государственном медицинском университете // Головки О.В., Салтанова Е.В., Боровикова З.В., Шмакова О.В., Захаренкова К.А. / Практика исцеления творчеством: современная арт-терапия в образовании, медицине и социальной



сфере. сборник материалов Международной научно - практической конференции. - Кемерово, 2022. - С. 92-97.

2. Исцеление искусством: современная арт-терапия в медицине, образовании и социальной сфере // Акименко Г.В., Валиуллина Е.В., Вострых Д.В., Гукина Л.В., Гус Э., Дарсалия О.В., Дементьева Г.С., Дубская Ю.В., Дубчак Ю.В., Калакуцкая А.А., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лавров Н.В., Левин С., Лопатин А.А., Макнифф Ш., Мальчиоди К., Мальцева Р.И., Маркова С.В., Назарова Н.Р. и др. Москва, 2022. 269 с.

3. Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Селедцов А.М. Искусство как лекарство от проблем с психическим здоровьем // Арт-терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации. сборник материалов III Международной научно-практической конференции. Кемерово, 2024. С. 11-18.

4. Арт-терапия в условиях современных вызовов // Акименко Г.В., Белеза Е.В., Бергер Р., Боровикова З.В., Головкин О.В., Голоденко О.Н., Гукина Л.В., Зыкова С.О., Иванова А.В., Изосимова С.А., Кар-пендейл М.Д., Капица А.А., Кара Ж.Ю., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Кувшинов Д.Ю., Кутлер К.А., Ладущкин С.И., Лопатин А.А., МакНифф Ш. и др. Москва, 2023.

ПСИХИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: ПРИНЦИПЫ, МЕТОДЫ, ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ

Штоль В. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – канд. психол. наук, доцент Е. В. Валиуллина

Аннотация. В данной работе обсуждаются вопросы психологической реабилитации как комплекса мероприятий, направленных на восстановление



нарушенных психических функций, коррекцию эмоциональных состояний и личностного статуса пациента. Анализируются объекты и методы психологической реабилитации, приводятся основные понятия и принципы работы. Рассматриваются пути развития и инновационные подходы в психологической реабилитации.

Ключевые слова: психология, реабилитация, психологическая реабилитация, коррекция, личность.

PSYCHIOLOGICAL REHABILITATION: PRINCIPLES, METHODS, INNOVATIVE APPROACHES

Shtol V. V.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – E. V. Valiullina

Abstract. This paper discusses psychological rehabilitation as a set of measures aimed at restoring impaired mental functions, correcting emotional states, and improving the patient's personal status. The objects and methods of psychological rehabilitation are analyzed, and the basic concepts and principles of work are presented. Developments and innovative approaches in psychological rehabilitation are considered.

Keywords: psychology, rehabilitation, psychological rehabilitation, correction, personality.

Введение

Проблема восстановления психического здоровья человека, перенесшего заболевание или психологическую травму, является одной из ключевых в современной науке. В условиях роста стрессогенных факторов, увеличения



числа посттравматических состояний и хронических заболеваний, вопрос о полноценном возвращении человека к жизни в обществе стоит особенно остро. Психологическая реабилитация (психореабилитация) представляет собой систему медико-психологических мероприятий, направленных не просто на устранение симптомов, а на восстановление личностного статуса, социального функционирования и качества жизни индивида [13].

Актуальность данной темы обусловлена гуманизацией подхода к пациенту: современная парадигма рассматривает его не как пассивного получателя помощи, а как активного участника восстановительного процесса. Как точно заметил французский писатель Франк Тилье, «Выздоровление – путь к той части себя, которую мозг сознательно заблокировал... Мы, психиатры, помогаем нашим пациентам разрушать барьеры». Эта метафора как нельзя лучше отражает суть психореабилитации – помощь в преодолении внутренних барьеров, возникших вследствие болезни.

Целью данной работы является анализ теоретических основ и практических методов психологической реабилитации, определение основных объектов реабилитационного воздействия и обобщение современных тенденций в этой области. Для достижения цели необходимо решить следующие задачи: рассмотреть основные понятия и принципы психореабилитации, классифицировать ее методы, охарактеризовать категории лиц, нуждающихся в помощи, и выявить перспективные направления развития данной сферы.

Результаты и их обсуждение

Психологическая реабилитация – это комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных психических функций, коррекцию эмоциональных состояний и личностного статуса пациента [13]. Важно различать психореабилитацию и психотерапию. Если психотерапия чаще ориентирована на лечение «изнутри», через разрешение внутриличностных



конфликтов, то реабилитация делает акцент на восстановлении утраченных способностей и социальных связей.

Основоположник отечественной школы реабилитации М. М. Кабанов выделял три ключевых этапа этого процесса: восстановительная терапия (стационарный этап), направленная на купирование острых симптомов и предупреждение формирования дефекта; реадaptация (приспособление к жизни вне больницы), включающая трудовую занятость и развитие социальных навыков; социальная реабилитация (собственно восстановление прав и ценности индивида в обществе) [7]. Эти этапы базируются на принципах партнерства (активное включение пациента), разносторонности усилий (воздействие на разные сферы жизнедеятельности) и единства психосоциальных и биологических методов [4, 5, 15].

Объектами психологической реабилитации выступают лица с различными нарушениями психической деятельности и состояниями дезадаптации. Анализ современных литературных источников и клинической практики позволяет выделить несколько основных групп:

- пациенты с психическими расстройствами (классическая группа, включающая больных шизофренией, расстройствами шизофренического спектра, аффективными расстройствами. Для них реабилитация направлена на снижение уровня самостигматизации и восстановление социального познания) [8, 15];

- лица, перенесшие психические травмы и находящиеся в кризисных состояниях (сюда относятся участники боевых действий, ветераны, жертвы насилия, люди, пережившие утрату. Как отмечается в материалах конференции Российского общества психиатров, особое внимание сегодня уделяется реабилитации участников специальной военной операции и членов их семей) [11];



- лица с аддиктивным поведением (психореабилитация здесь тесно связана с восстановлением личностных ресурсов, необходимых для поддержания ремиссии) [2, 3, 6];

- дети и подростки с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и особенностями развития (для этой группы характерен акцент на абилитацию (формирование навыков, которых не было) и психолого-педагогическую коррекцию) [1].

Отдельной категорией выступают специалисты экстремальных профессий (сотрудники силовых структур, МЧС), работа с которыми направлена на профилактику профессиональной деформации и посттравматических стрессовых расстройств.

Методы психологической реабилитации.

Методологический арсенал психореабилитации разнообразен и включает в себя как классические психотерапевтические техники, так и современные разработки. Выбор метода зависит от нозологии, этапа реабилитации и личностных особенностей пациента. Базовыми являются методы психологического консультирования и психотерапии. Среди направлений выделяют когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), которая эффективно работает с искажениями мышления у больных неврозами и депрессиями, и личностно-центрированный подход, помогающий принять себя в новом качестве [8, 15]. Групповая работа наиболее ценна на этапе реадaptации, так как позволяет моделировать реальные социальные взаимодействия [5, 12].

Специализированные и телесно-ориентированные техники. Важное место занимает арт-терапия и телесно-ориентированная терапия, позволяющие обходить «вербальные барьеры» и работать с подавленными эмоциями [12]. Особого внимания заслуживает метод саморегуляции и аутогенной тренировки,



который учит пациента самостоятельно управлять своим состоянием, что является высшей целью реабилитации – возвращение субъектности [13].

Инновационные подходы

Современная наука не стоит на месте. На конференции «Зейгарниковские чтения» в 2025 году активно обсуждались такие направления, как нарративный подход, позволяющий пациенту переосмыслить свою историю болезни и травматический опыт, и нейропсихологический тренинг для коррекции регуляторных функций у пациентов с локальными поражениями мозга [9].

Как подчеркивал основоположник логотерапии Виктор Франкл, «исцеление возможно через обретение смысла: человек может превратить трагедию в триумф, найдя индивидуальный смысл в своем положении» [14]. Тот философский принцип сегодня находит практическое воплощение в экзистенциальных методах. Важнейшим методом является работа с семьей и ближайшим окружением пациента. Психообразование (информирование о болезни, ее течении и прогнозе) позволяет снизить уровень стигмы и создать поддерживающую среду, без которой любое реабилитационное вмешательство может оказаться малоэффективным [5]. Обобщая вышесказанное, можно сделать вывод, что современная психологическая реабилитация окончательно перешла от узкой медицинской модели (направленной только на болезнь) к биопсихосоциальной. В центре внимания находится не болезнь, а человек с болезнью и его ресурсы [15].

Эволюция форм помощи демонстрирует смещение акцента из стационара в полустационарные и амбулаторные условия. Развиваются формы «жилья с поддержкой», дневные стационары и патронажные службы [5, 10]. Это позволяет минимизировать явления госпитализма и быстрее возвращать человека в естественную среду. Эффективность реабилитации сегодня оценивается не



столько по частоте рецидивов, сколько по качеству жизни пациента, его способности работать, учиться и поддерживать социальные контакты.

Заключение

Проведенный анализ позволяет сформулировать следующие основные выводы: психологическая реабилитация представляет собой самостоятельное и важное направление клинической психологии, имеющее собственные цели, объекты и методы, отличные от чисто лечебного (фармакологического) воздействия. Объектами реабилитации выступают разнообразные группы населения: от пациентов с тяжелыми психическими расстройствами до лиц, переживших острый стресс и специалистов опасных профессий. Каждая группа требует специфических реабилитационных программ. Методологическая база включает синтез классических психотерапевтических подходов (КПТ, арт-терапия, саморегуляция) и инновационных техник (нарративный подход, нейрокоррекция, цифровые технологии), что позволяет осуществлять комплексное воздействие. Современная система реабилитации строится на принципах партнерства и опоры на ресурсы личности, а также на смещении помощи во внебольничную среду для лучшей социализации пациентов.

Дальнейшее развитие психореабилитации видится в нескольких ключевых аспектах: цифровизация и использование искусственного интеллекта (внедрение телепсихиатрии, мобильных приложений для саморегуляции и сред виртуальной реальности для проработки травматического опыта открывает новые горизонты для непрерывной помощи и экспозиционной терапии). Персонализация программ – развитие методов диагностики позволит создавать индивидуальные «реабилитационные маршруты», максимально учитывающие личностный потенциал и дефициты конкретного человека. Интеграция помощи (важным трендом является преодоление разрыва между психиатрической, наркологической и общесоматической службами для оказания помощи



пациентам с коморбидными (сочетанными) расстройствами). Развитие экспертного сообщества – актуальной задачей остается подготовка специалистов и разработка новых валидных методик диагностики, соответствующих современным реалиям. Таким образом, психологическая реабилитация сегодня – это динамично развивающаяся область, которая вносит неоценимый вклад в восстановление индивидуальной и общественной ценности человека, пережившего болезнь.

Источники и литература / Sources and references:

1. Буянов, М. И. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков (принципы реабилитации) / М. И. Буянов // Московский психологический журнал. № 12. [Электронный ресурс].
2. Валиуллина Е. В. Гендерные особенности психических состояний в юношеском возрасте // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – № 11 (ноябрь). – С. 106-112.
3. Валиуллина Е. В. Интерактивная направленность личности // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2020. Т. 1. № 3. С. 57-60.
4. Валиуллина Е. В. Самооценка личности в молодом возрасте // Научный вестник Крыма. 2021. №1 (30).
5. Гурович, И. Я. Психосоциальная реабилитация в России: эволюция форм помощи / И.Я. Гурович // Психиатрия. 2012. № 4(56). С. 32-35.
6. Исцеление искусством: современная арт-терапия в медицине, образовании и социальной сфере // Акименко Г.В., Валиуллина Е.В., Вострых Д.В., Гукина Л.В., Гус Э., Дарсалия О.В., Дементьева Г.С., Дубская Ю.В., Дубчак Ю.В., Калакуцкая А.А., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лавров Н.В., Левин С., Лопатин А.А., Макнифф Ш., Мальчиоди К., Мальцева Р.И., Маркова С.В., Назарова Н.Р., Начева Л.В., Нэш Г., Пивовар О.И., Селедцов А.М., Федосеева И.Ф., Хампе Р., Чжоу Т. – Москва, 2022. – 269 с.



7. Кабанов, М.М. Реабилитация психически больных / М. М. Кабанов. Л.: Медицина, 1978. 232 с.
8. Лиманкин, О. В. Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения / О.В. Лиманкин, С.А. Трущелёв // Российский психиатрический журнал. 2019. № 6. С. 4-15.
9. Материалы Международной конференции «Зейгарниковские чтения. Клиническая психология в современном мире: вызовы и ресурсы» (МГППУ, 13-14 ноября 2025 г.) / Секция «Психотерапия и психосоциальная реабилитация». [Электронный ресурс].
10. Пак, М. В. Внебольничная психиатрическая помощь: исторические и современные аспекты / М. В. Пак, В. М. Кумечко, С. Н. Осколкова // Якутский медицинский журнал. 2025. С. 67-70.
11. Программа научно-практической конференции «Современные вопросы психосоциальной реабилитации» / Российское общество психиатров. Оренбург, 12 сентября 2025 г. [Электронный ресурс]. Дата доступа: 1.05.2026
12. Психологическая интервенция (развитие, коррекция и реабилитация): Рабочая программа дисциплины / Южно-Уральский государственный университет. Челябинск, 2020. [Электронный ресурс].
13. Сидоров, П.И. Клиническая психология / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 880 с.
14. Франкл, В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. — М.: Прогресс, 1990. 368 с.
15. Ястребов, В. С. Современная модель психосоциальной реабилитации (проблемы методологии и системного подхода) / В.С. Ястребов // Психическое здоровье. 2017. Т. 15, № 1(128). С. 3-10.



**ОСОБЕННОСТИ СУВЕРЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОСТРАНСТВА И САМОУВАЖЕНИЯ У СТУДЕНТОВ
КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ
С ОСОБЕННОСТЯМИ ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ**

Шульгин В. В.

Кафедра общей и клинической психологии

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Курск

Научный руководитель – канд. пед. наук, доцент Т. И. Сурьянинова

Аннотация. Настоящее исследование направлено на выявление взаимосвязи склонности к депрессивным реакциям с особенностями суверенности личностного пространства и самоуважения у студентов-клинических психологов. В рамках работы использовались психологические методики, в том числе шкала депрессии Бека, шкала самоуважения Розенберга, опросник самоотношения и методика диагностики суверенности личностного пространства. Эмпирические данные подтвердили наличие обратной связи между низким уровнем самоуважения, нарушениями суверенности и высокой склонностью к депрессии, что подчеркивает важность развития личностных ресурсов для профилактики психологических трудностей. Результаты исследования имеют практическое значение для разработки программ психологического сопровождения студентов и повышения их психологической устойчивости.

Ключевые слова: депрессивные реакции, суверенность личностного пространства, самоуважение, психологическая устойчивость, студенты-клинические психологи, корреляционный анализ, профилактика депрессии.



**FEATURES OF THE SOVEREIGNTY OF PSYCHOLOGICAL
SPACE AND SELF-RESPECT IN STUDENTS OF CLINICAL
PSYCHOLOGY IN RELATION TO THE FEATURES
OF DEPRESSIVE REACTIONS**

Shulgin V.V.

Department of General and Clinical Psychology

Kursk State Medical University, Russia, Kursk

Scientific supervisor – T. Il. Suryaninova

Abstract. The present study aims to identify the relationship between the propensity for depressive reactions and the features of the sovereignty of personal space and self-esteem in clinical psychology students. Within the framework of the work, psychological techniques were used, including the Beck Depression Scale, the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Self-Attitude Questionnaire and the method of diagnosing the sovereignty of personal space. Empirical data confirmed the existence of a feedback relationship between low self-esteem, violations of personal space sovereignty, and a high tendency to depression, which highlights the importance of developing personal resources for the prevention of psychological difficulties. The results of the study have practical significance for the development of psychological support programs for students and the improvement of their psychological resilience.

Keywords: depressive reactions, personal space sovereignty, self-esteem, psychological resilience, clinical psychology students, correlation analysis, depression prevention.

Введение

Эффективность профессиональной деятельности будущих клинических психологов неразрывно связана с их эмоциональным благополучием и устойчивостью к стрессовым факторам. Склонность к депрессивным реакциям, вызванная постоянными эмоциональными нагрузками и интенсивным



воздействием сложных человеческих судеб, приобретает всё большее значение в современном профессиональном сообществе [16]. Центральной проблемой здесь становятся такие компоненты самоотношения, как суверенность личностного пространства и самоуважение, которые выступают своего рода буфером против негативных эмоциональных воздействий и формируют надёжный психологический «иммунитет».

Суверенность личностного пространства характеризует способность индивида чётко осознавать и удерживать личные границы, осуществлять контроль над собственными действиями и поступками, свободно распоряжаясь своими возможностями и потребностями. Этот фактор служит фундаментом для реализации автономии и самосознания [12, 13, 14].

Самоуважение подразумевает позитивное отношение к собственному образу, убеждённость в собственной значимости и компетентности, признание своих сильных сторон и достижений. Подобное самоощущение является источником жизненной энергии и сил, необходимых для активного преодоления жизненных испытаний [1, 15].

Любые нарушения в структуре этих компонентов неизбежно ведут к осложнениям в профессиональной деятельности, таким как неэффективность терапевтических вмешательств, снижение мотивации, эмоциональное выгорание и, наконец, развитие депрессивных реакций [2, 16, 17]. Поэтому необходимость всестороннего изучения взаимосвязи между суверенностью, самоуважением и склонностью к депрессии среди студентов клинических психологов очевидна и настоятельно востребована.

Современные научные исследования достаточно подробно рассматривают различные аспекты самоотношения и эмоционального реагирования, однако вопросы, связанные с образованием и подготовкой будущих клинических психологов, требуют дополнительного изучения. Многие работы сосредоточены



на анализе частных компонентов, таких как суверенность и самоуважение, но не предоставляют исчерпывающего описания динамики этих факторов в совокупности и их прямого влияния на склонность к депрессивным реакциям.

Например, многочисленные исследования подтверждают тот факт, что психологическая суверенность оказывает решающее влияние на эмоциональную устойчивость и снижение уровня тревоги и стресса. С. К. Нартова-Бочавер обращает внимание на многоуровневую природу суверенности, включающую физические, социальные и культурные измерения, подчёркивая её важное значение в борьбе с тревогой и депрессией [8–11].

Другой аспект проблемы касается взаимосвязи суверенности и семейных факторов. Исследователи, такие как И. Д. Иркин и Т. Д. Шевеленкова, указывают на важность семейных обстоятельств и воспитания в формировании суверенности [5]. Было установлено, что семьи с определённым стилем воспитания производят детей с различной степенью суверенности, что впоследствии влияет на их готовность к встрече с жизненными трудностями и риск развития депрессивных состояний.

Отдельные учёные ставят акцент на взаимодействии суверенности и самоуважения. Т. В. Левкова подчёркивает, что утрата самоуважения в результате нарушенной суверенности резко повышает риск депрессивных эпизодов. Ещё одна важная линия исследований принадлежит Г. М. Закировой, отметившей существование значительных половых различий в уровне суверенности, свидетельствующих о более высоком риске депрессии у женщин, обладающих меньшей автономией и свободой выбора [4,7].

Некоторые авторы, например, К. А. Жаткина и Т. В. Казакова, развивают идею о суверенности как инструменте управления эмоциональной сферой, предохраняющем от тяжёлых психопатологических состояний и способствующем сохранению эмоционального покоя и стабильности [3]. Другая



позиция представлена в работе О. А. Камзиной, где отмечается прочная взаимосвязь между высоким уровнем суверенности и положительным отношением к себе, выступающим залогом крепкого психического здоровья и устойчивости к депрессивным эпизодам [6].

Итак, хотя современные исследования дали нам значительные знания о различных сторонах суверенности и самоуважения, системное описание взаимосвязи этих факторов с депрессивными реакциями у студентов клинической психологии пока отсутствует. Настоящее исследование стремится устранить этот пробел путём разработки комплексной модели, устанавливающей взаимосвязь между суверенностью, самоуважением и склонностью к депрессии среди будущих специалистов (Рис.1).

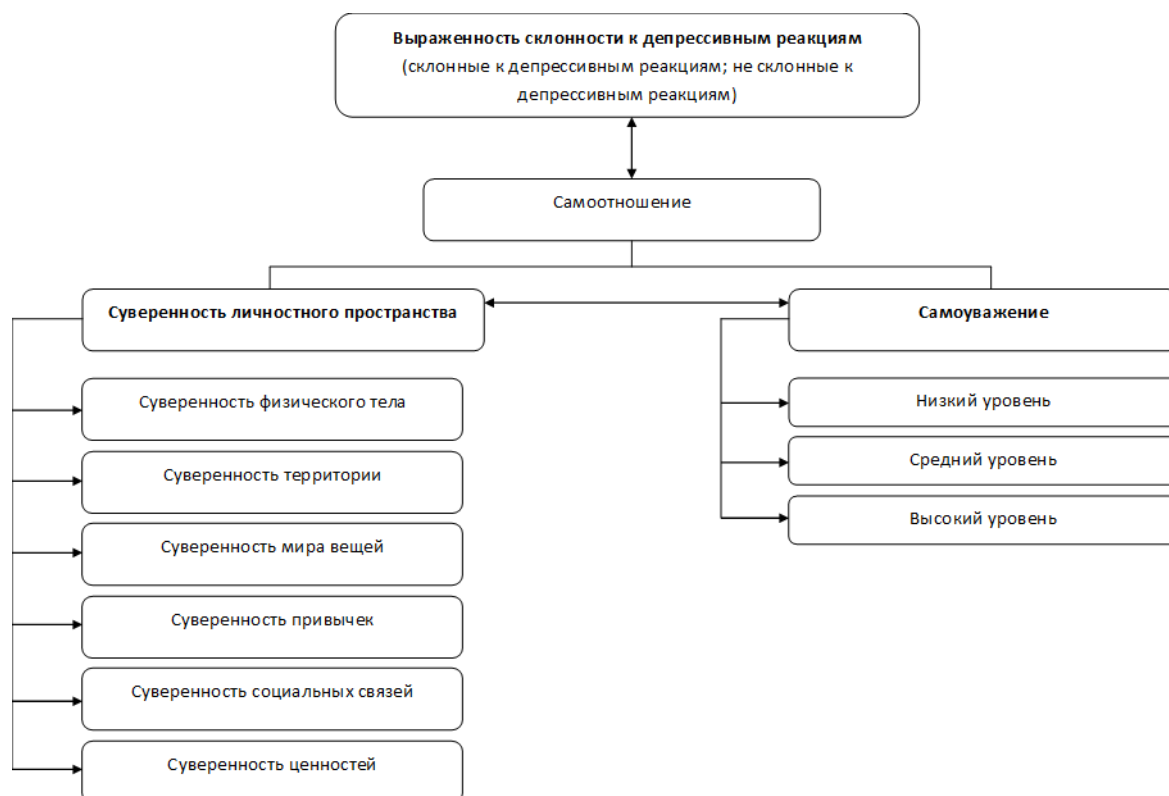


Рис.1 - Концептуальная модель исследования



Проблемой исследования является вопрос: «Как особенности суверенности личностного пространства и самоуважения взаимосвязаны со склонностью к депрессивным реакциям у студентов клинических психологов?»

Цель исследования: изучить взаимосвязь между особенностями суверенности личностного пространства, самоуважением и склонностью к депрессивным реакциям у студентов-клинических психологов, формирование научной базы для разработки комплексных программ психологического сопровождения, направленных на укрепление автономных личностных ресурсов и профилактику депрессивных состояний.

Основная гипотеза исследования:

Мы предполагаем, что студенты-клинические психологи с нарушением суверенности личностного пространства (низкая способность к установлению границ, подверженность влиянию) и низким самоуважением имеют более высокую склонность к депрессивным реакциям по сравнению со студентами с развитой суверенностью личностного пространства и высоким самоуважением.

Центральная гипотеза подразделяется на ряд рабочих:

1. Существует обратная взаимосвязь между склонностью к депрессивным реакциям и суверенностью личностного пространства у студентов-клинических психологов. Чем выше склонность к депрессивным реакциям, тем ниже уровень суверенности личностного пространства;
2. Существует обратная взаимосвязь между склонностью к депрессивным реакциям и самоуважением у студентов-клинических психологов. Чем выше склонность к депрессивным реакциям, тем ниже уровень самоуважения;
3. Существует прямая взаимосвязь между суверенностью личностного пространства и самоуважением у студентов-клинических психологов. Чем выше уровень суверенности личностного пространства, тем выше уровень самоуважения.



Объекты и методы исследования

Объектом исследования является склонность к депрессивным реакциям у студентов-клинических психологов. Предметом исследования выступают склонность к депрессивным реакциям во взаимосвязи с особенностями суверенности личностного пространства и самоуважения студентов-клинических психологов.

Методы исследования: теоретический анализ научной литературы по проблеме депрессивных реакций, самоотношения и суверенности личностного пространства; психодиагностические методики (шкала депрессии Бека, шкала самоуважения Розенберга, методика диагностики суверенности личностного пространства Нартовой-Бочавер, тест-опросник самоотношения Столина и др.); статистические методы (описательная статистика, корреляционный анализ Спирмена, критерий U Манна — Уитни) для выявления взаимосвязей и различий между группами. Также использовались методы сравнительного анализа, а также обработка и интерпретация данных в рамках корреляционной модели исследования.

Результаты и их обсуждение

В исследовании приняли участие 50 студентов в возрасте 19-24 лет, женского пола, обучающиеся на 3 курсе факультета клинической психологии: 18 студентов со склонностью к депрессивным реакциям и 32 студента без склонности к депрессивным реакциям. Исследование проводилось на базе Курского государственного медицинского университета в период с 6 по 20 декабря 2025 года.



Рис.2 - Процентное соотношение студентов-клинических психологов по наличию склонности к депрессивным реакциям

Все респонденты были разделены на две группы на основании итоговой суммы баллов методики «Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI)»: студенты, склонные к депрессивным реакциям (сумма баллов = 15 и более) и студенты, не склонные к депрессивным реакциям (сумма баллов = менее 15) (Рис.2).

Были обнаружены статистически значимые различия в компонентах самоотношения между группами студентов, характеризующимися разной степенью склонности к депрессивным реакциям (Таблица 1-3) (Рис.3–9). Исследование позволило подтвердить обоснованность выдвинутых гипотез относительно взаимосвязи склонности к депрессивным реакциям, суверенности



личностного пространства и самоуважения у студентов-клинических психологов (Таблица 4) (Рис.10).

Таблица 1

Различия уровня самоуважения у студентов, не склонных к депрессивным реакциям и у студентов, склонных к депрессивным реакциям

Переменная	p-level	Студенты, не склонные к депрессивным реакциям		Студенты склонные к депрессивным реакциям	
		Mean	SD	Mean	SD
Уровень самоуважения	0,003262**	15,00000	3,07959	11,83333	3,51886

p-level (здесь и далее) – уровень статистической значимости

Mean (здесь и далее) – средние значения

SD (здесь и далее) – среднее квадратическое отклонение

«*» – одна звездочка (здесь и далее): $p < 0,05$ — статистически значимо на уровне 5%. Это означает, что вероятность случайного получения такой корреляции составляет менее 5%.

«**» – две звездочки (здесь и далее): $p < 0,01$ — статистически значимо на уровне 1%.

«***» – три звездочки (здесь и далее): $p < 0,001$ — статистически значимо на уровне 0,1%.

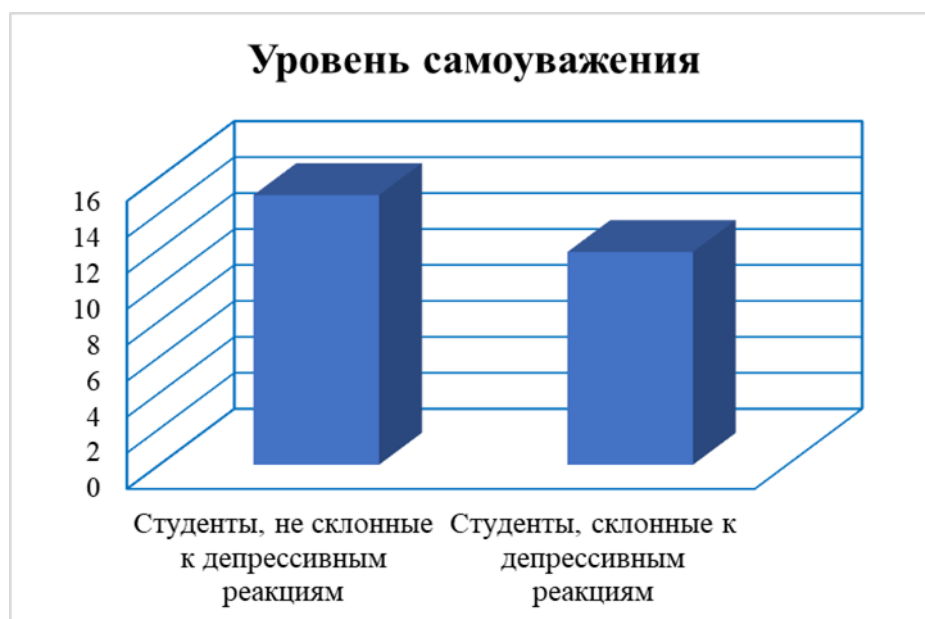


Рис.3 - Значимые различия уровня самоуважения у студентов, не склонных к депрессивным реакциям и у студентов, склонных к депрессивным реакциям

Таблица 2

Различия выраженности характеристик самоотношения у студентов, не склонных к депрессивным реакциям и у студентов, склонных к депрессивным реакциям

Переменная	p-level	Студенты, не склонные к депрессивным реакциям		Студенты склонные к депрессивным реакциям	
		Mean	SD	Mean	SD
Глобальное самоотношение	0,041442*	69,18750	31,90251	51,22222	27,52230
Самоуважение	0,251571	59,90625	34,96667	50,16667	26,21910
Аутосимпатия	0,422501	65,50000	35,01336	60,22222	31,03614
Ожидаемое отношение	0,084452	36,56250	26,96107	21,22222	19,40453
Самоинтерес	0,196691	62,71875	38,08076	51,16667	37,22151
1: Самоуверенность	0,100462	65,43750	31,25848	51,83333	29,44636
2: Отношение других	0,240415	42,78125	32,43130	30,94444	25,24812
3: Самопринятие	0,837177	62,90625	36,56665	61,33333	30,65366



4: Саморуководство	0,140700	55,12500	26,15062	67,00000	18,92710
5: Самообвинение	0,031688*	50,06250	29,23314	68,44444	24,93338
6: Самоинтерес	0,190061	54,53125	40,50009	35,50000	29,56200
7: Самопонимание	0,075432	71,37500	19,78065	59,66667	23,59711

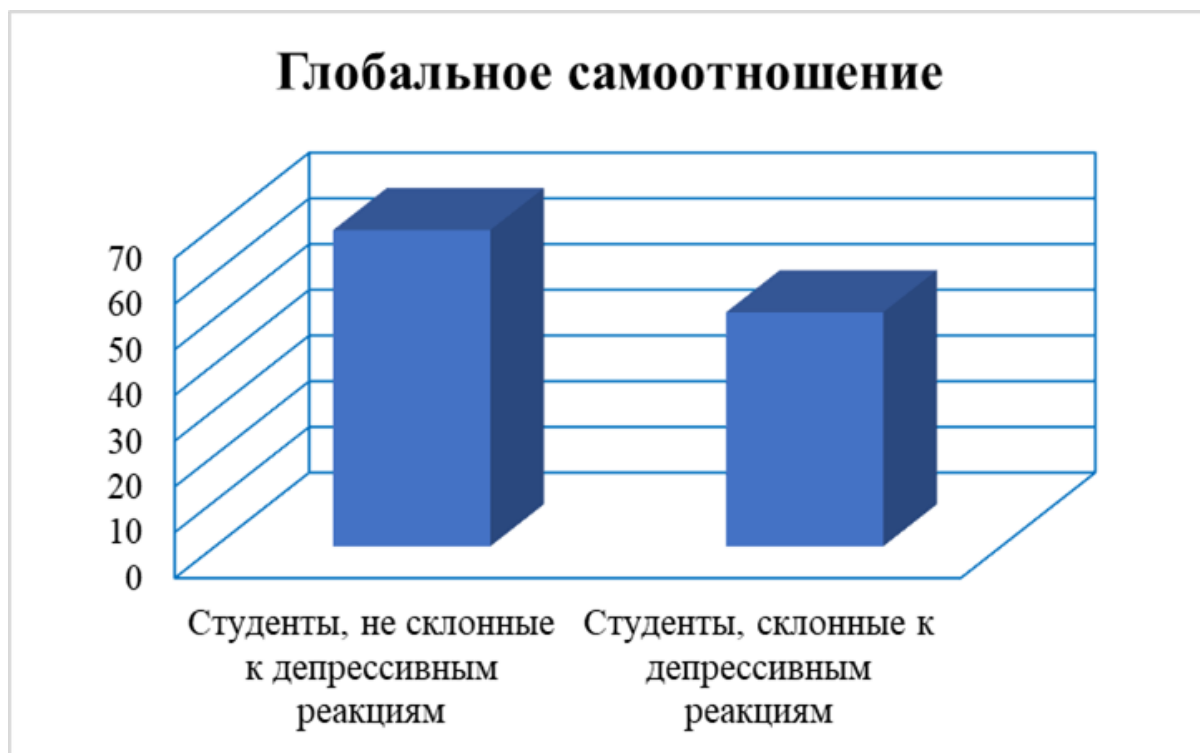


Рис.4. - Значимые различия выраженности показателя глобального самоотношения у студентов, не склонных к депрессивным реакциям и у студентов, склонных к депрессивным реакциям

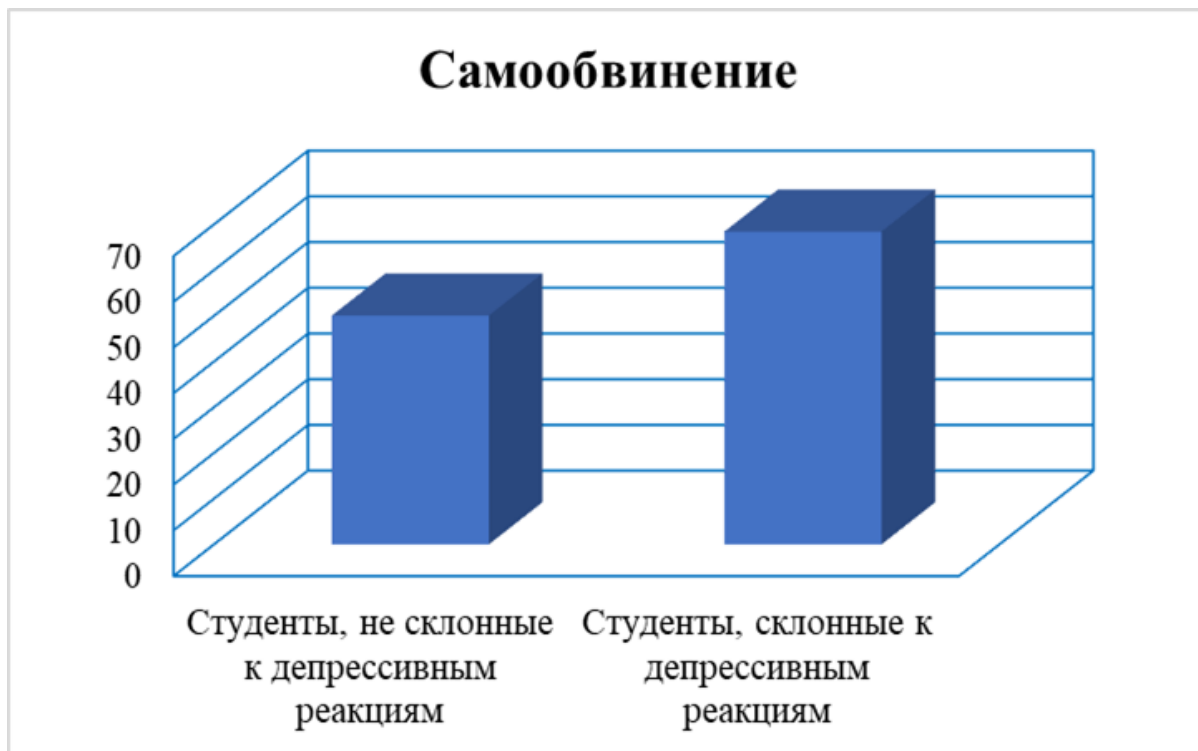


Рис.5 - Значимые различия выраженности показателя самообвинения у студентов, не склонных к депрессивным реакциям и у студентов, склонных к депрессивным реакциям

Таблица 3

Различия выраженности характеристик суверенности психологического пространства у студентов, не склонных к депрессивным реакциям и у студентов, склонных к депрессивным реакциям

Переменная	p-level	Студенты, не склонные к депрессивным реакциям		Студенты склонные к депрессивным реакциям	
		Mean	SD	Mean	SD
Суверенность психологического пространства	0,014765*	31,12500	22,43234	15,44444	13,29848
Суверенность физического тела	0,003284*	5,37500	5,84615	-0,33333	5,49866



Суверенность территории	0,246931	3,93750	5,29112	2,11111	2,86744
Суверенность мира вещей	0,728802	5,06250	5,91301	4,55556	5,42567
Суверенность привычек	0,238979	5,37500	4,61240	3,55556	2,97484
Суверенность социальных связей	0,006437*	2,43750	2,97232	-0,00000	2,49706
Суверенность ценностей	0,012471*	8,93750	4,32500	5,55556	4,21792



Рис.6 - Значимые различия выраженности показателя суверенности психологического пространства у студентов, не склонных к депрессивным реакциям и у студентов, склонных к депрессивным реакциям

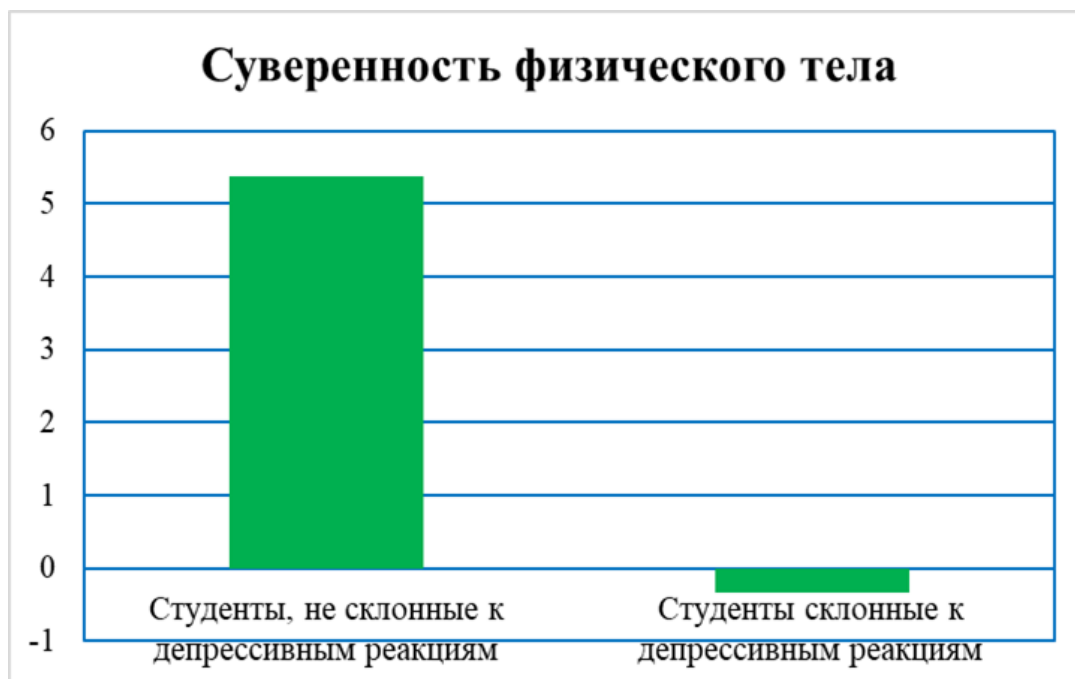


Рис.7 - Значимые различия выраженности показателя суверенности физического тела у студентов, не склонных к депрессивным реакциям и у студентов, склонных к депрессивным реакциям



Рис.8 - Значимые различия выраженности показателя суверенности социальных связей у студентов, не склонных к депрессивным реакциям и у студентов, склонных к депрессивным реакциям

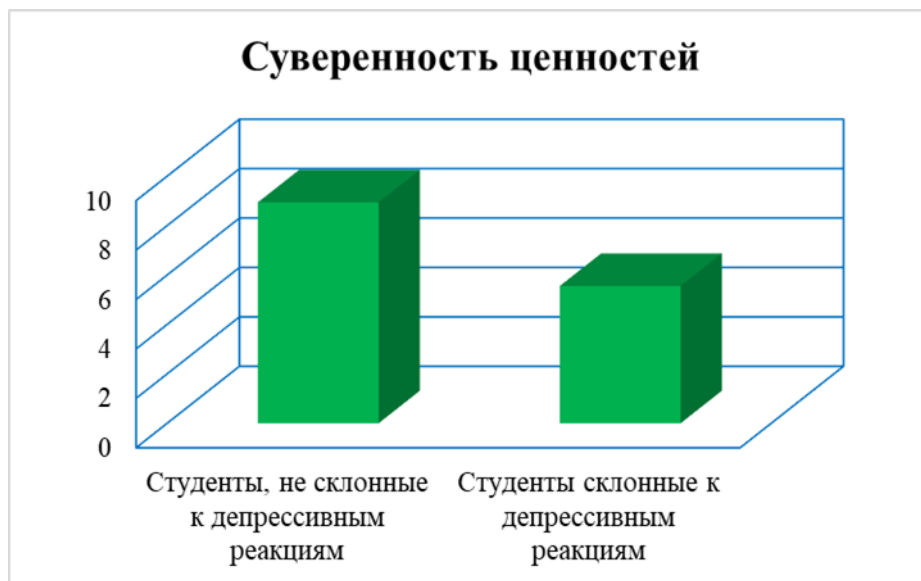


Рис.9 - Значимые различия выраженности показателя суверенности ценностей у студентов, не склонных к депрессивным реакциям и у студентов, склонных к депрессивным реакциям

Таблица 4

Результаты корреляционного анализа данных между уровнем самоуважения, склонностью к депрессивным реакциям, компонентами самоотношения и суверенности психологического пространства у студентов-клинических психологов, не склонных к депрессивным реакциям и у студентов, склонных к депрессивным реакциям

	Spearman R	p-level
Уровень самоуважения & Суверенность психологического пространства	0,359249*	0,010402
Уровень самоуважения & Суверенность физического тела	0,343039*	0,014736
Уровень самоуважения & Суверенность территории	0,153201	0,288152
Уровень самоуважения & Суверенность мира вещей	0,350841*	0,012488



Уровень самоуважения & Суверенность привычек	0,267075	0,060798
Уровень самоуважения & Суверенность социальных связей	0,257497	0,071027
Уровень самоуважения & Суверенность ценностей	0,290319*	0,040833
Уровень самоуважения & Глобальное самоотношение	0,547593***	0,000039
Уровень самоуважения & Склонность к депрессивным реакциям	- 0,681650***	0,000000
Суверенность психологического пространства & Глобальное самоотношение	0,446835**	0,001142
Суверенность психологического пространства & Самоуважение	0,347291*	0,013471
Суверенность психологического пространства & Аутосимпатия	0,326727*	0,020568
Суверенность психологического пространства & Ожидаемое отношение	0,429831**	0,001838
Суверенность психологического пространства & Самоинтерес	0,307211*	0,029996
Суверенность психологического пространства & 1: Самоуверенность	0,414103**	0,002794
Суверенность психологического пространства & 2: Отношение других	0,348922*	0,013012
Суверенность психологического пространства & 3: Самопринятие	0,334498*	0,017584
Суверенность психологического пространства & 4: Саморуководство	0,207499	0,148199



Суверенность психологического пространства & 5: Самообвинение	-0,333865*	0,017812
Суверенность психологического пространства & 6: Самоинтерес	0,325062*	0,021260
Суверенность психологического пространства & 7: Самопонимание	0,433889**	0,001644
Суверенность психологического пространства & Склонность к депрессивным реакциям	- 0,474198***	0,000504
Суверенность физического тела & Глобальное самоотношение	0,416917**	0,002596
Суверенность физического тела & Самоуважение	0,244383	0,087195
Суверенность физического тела & Аутосимпатия	0,292524*	0,039258
Суверенность физического тела & Ожидаемое отношение	0,389308**	0,005200
Суверенность физического тела & Самоинтерес	0,252230	0,077208
Суверенность физического тела & 1: Самоуверенность	0,355100*	0,011390
Суверенность физического тела & 2: Отношение других	0,336297*	0,016948
Суверенность физического тела & 3: Самопринятие	0,292065*	0,039581
Суверенность физического тела & 4: Саморуководство	0,028286	0,845399
Суверенность физического тела & 5: Самообвинение	-0,305892*	0,030745
Суверенность физического тела & 6: Самоинтерес	0,269445	0,058459



Суверенность физического тела & 7: Самопонимание	0,323065*	0,022116
Суверенность физического тела & Склонность к депрессивным реакциям	- 0,565160***	0,000019
Суверенность территории & Глобальное самоотношение	0,288588*	0,042105
Суверенность территории & Самоуважение	0,221445	0,122223
Суверенность территории & Аутосимпатия	0,256443	0,072232
Суверенность территории & Ожидаемое отношение	0,198353	0,167322
Суверенность территории & Самоинтерес	0,308782*	0,029123
Суверенность территории & 1: Самоуверенность	0,268607	0,059278
Суверенность территории & 2: Отношение других	0,277588	0,050968
Суверенность территории & 3: Самопринятие	0,346511*	0,013696
Суверенность территории & 4: Саморуководство	0,202006	0,159480
Суверенность территории & 5: Самообвинение	-0,123660	0,392227
Суверенность территории & 6: Самоинтерес	0,119929	0,406778
Суверенность территории & 7: Самопонимание	0,242929	0,089152
Суверенность территории & Склонность к депрессивным реакциям	-0,193484	0,178208
Суверенность мира вещей & Глобальное самоотношение	0,319077*	0,023912
Суверенность мира вещей & Самоуважение	0,226012	0,114515
Суверенность мира вещей & Аутосимпатия	0,226476	0,113752
Суверенность мира вещей & Ожидаемое отношение	0,333970*	0,017774
Суверенность мира вещей & Самоинтерес	0,305447*	0,031002



Суверенность мира вещей & 1: Самоуверенность	0,194364	0,176202
Суверенность мира вещей & 2: Отношение других	0,272713	0,055353
Суверенность мира вещей & 3: Самопринятие	0,251251	0,078402
Суверенность мира вещей & 4: Саморуководство	0,284485*	0,045251
Суверенность мира вещей & 5: Самообвинение	-0,290135*	0,040967
Суверенность мира вещей & 6: Самоинтерес	0,357438*	0,010824
Суверенность мира вещей & 7: Самопонимание	0,329428*	0,019485
Суверенность мира вещей & Склонность к депрессивным реакциям	-0,198900	0,166132
Суверенность привычек & Глобальное самоотношение	0,285392*	0,044539
Суверенность привычек & Самоуважение	0,405127**	0,003517
Суверенность привычек & Аутосимпатия	0,207633	0,147932
Суверенность привычек & Ожидаемое отношение	0,272373	0,055670
Суверенность привычек & Самоинтерес	0,163464	0,256677
Суверенность привычек & 1: Самоуверенность	0,326295*	0,020745
Суверенность привычек & 2: Отношение других	0,305689*	0,030862
Суверенность привычек & 3: Самопринятие	0,111238	0,441852
Суверенность привычек & 4: Саморуководство	0,363751**	0,009413
Суверенность привычек & 5: Самообвинение	-0,245795	0,085327
Суверенность привычек & 6: Самоинтерес	0,164334	0,254121
Суверенность привычек & 7: Самопонимание	0,281991*	0,047255
Суверенность привычек & Склонность к депрессивным реакциям	-0,325732*	0,020979
Суверенность социальных связей & Глобальное самоотношение	0,305277*	0,031100



Суверенность социальных связей & Самоуважение	0,339619*	0,015825
Суверенность социальных связей & Аутосимпатия	0,149039	0,301608
Суверенность социальных связей & Ожидаемое отношение	0,260724	0,067439
Суверенность социальных связей & Самоинтерес	0,135068	0,349677
Суверенность социальных связей & 1: Самоуверенность	0,349113*	0,012959
Суверенность социальных связей & 2: Отношение других	0,221224	0,122608
Суверенность социальных связей & 3: Самопринятие	0,164325	0,254145
Суверенность социальных связей & 4: Саморуководство	0,146704	0,309331
Суверенность социальных связей & 5: Самообвинение	-0,137090	0,342445
Суверенность социальных связей & 6: Самоинтерес	0,122766	0,395688
Суверенность социальных связей & 7: Самопонимание	0,298119*	0,035485
Суверенность социальных связей & Склонность к депрессивным реакциям	-0,381807**	0,006219
Суверенность ценностей & Глобальное самоотношение	0,329673*	0,019389
Суверенность ценностей & Самоуважение	0,250180	0,079726
Суверенность ценностей & Аутосимпатия	0,242067	0,090328
Суверенность ценностей & Ожидаемое отношение	0,341110*	0,015342
Суверенность ценностей & Самоинтерес	0,184127	0,200537



Суверенность ценностей & 1: Самоуверенность	0,385103**	0,005752
Суверенность ценностей & 2: Отношение других	0,186706	0,194194
Суверенность ценностей & 3: Самопринятие	0,249909	0,080064
Суверенность ценностей & 4: Саморуководство	0,025126	0,862495
Суверенность ценностей & 5: Самообвинение	-0,252466	0,076922
Суверенность ценностей & 6: Самоинтерес	0,276382	0,052026
Суверенность ценностей & 7: Самопонимание	0,351609*	0,012284
Суверенность ценностей & Склонность к депрессивным реакциям	- 0,470978***	0,000556
Склонность к депрессивным реакциям & Глобальное самоотношение	-0,399686**	0,004032
Склонность к депрессивным реакциям & Самоуважение	-0,250637	0,079159
Склонность к депрессивным реакциям & Аутосимпатия	-0,183060	0,203204
Склонность к депрессивным реакциям & Ожидаемое отношение	-0,355059*	0,011401
Склонность к депрессивным реакциям & Самоинтерес	-0,284226*	0,045455
Склонность к депрессивным реакциям & 1: Самоуверенность	-0,353035*	0,011912
Склонность к депрессивным реакциям & 2: Отношение других	-0,250538	0,079281
Склонность к депрессивным реакциям & 3: Самопринятие	-0,125376	0,385642



Склонность к депрессивным реакциям & 4: Саморуководство	0,076351	0,598194
Склонность к депрессивным реакциям & 5: Самообвинение	0,356567*	0,011032
Склонность к депрессивным реакциям & 6: Самоинтерес	-0,339466*	0,015875
Склонность к депрессивным реакциям & 7: Самопонимание	-0,333252*	0,018036

Spearman R – коэффициент корреляции.

Гипотеза 1: Обратная взаимосвязь между склонностью к депрессивным реакциям и суверенностью личностного пространства.

Был обнаружен статистически значимый обратный коэффициент корреляции ($R \approx -0,474$; $p < 0,001$) между склонностью к депрессивным реакциям и уровнем суверенности личностного пространства. Полученные результаты свидетельствуют о том, что учащение депрессивных реакций наблюдается параллельно со снижением уровня автономии и способности эффективно устанавливать и защищать личные границы. Невысокая степень суверенности в психологическом пространстве проявляется в трудности выделения собственных границ, повышенной чувствительности к внешним воздействиям и ослабленном контроле над собственными ресурсами, что, в свою очередь, создаёт условия для увеличения депрессивных проявлений.

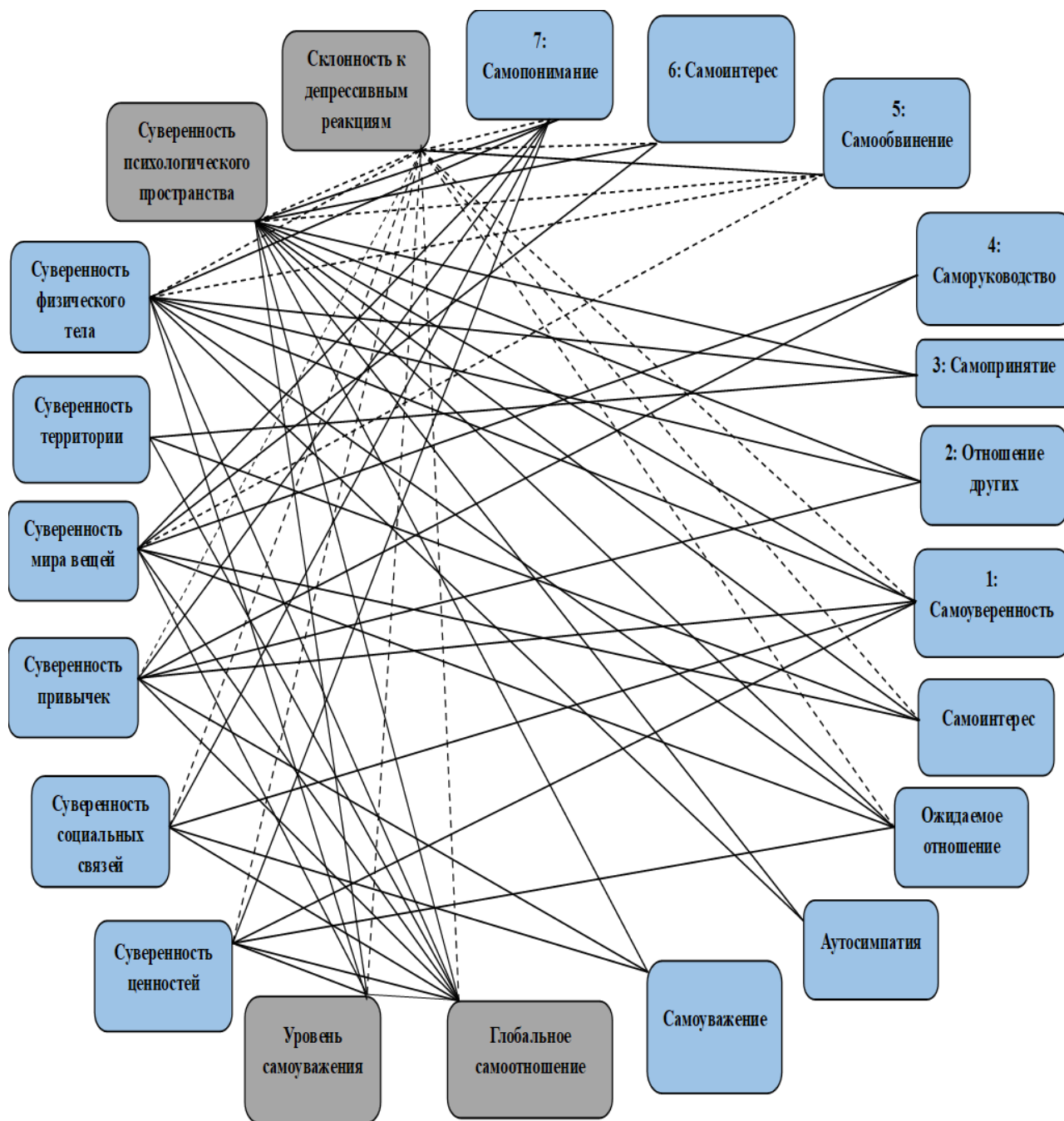


Рис.10 - Корреляционная плеяда показателей уровня самоуважения, склонности к депрессивным реакциям, самоотношения и суверенности психологического пространства у студентов-клинических психологов, не склонных к депрессивным реакциям и у студентов, склонных к депрессивным реакциям.



Гипотеза 2: Обратная взаимосвязь между склонностью к депрессивным реакциям и уровнем самоуважения.

Эмпирические данные подтвердили наличие значимого коэффициента отрицательной корреляции ($R \approx -0,682$; $p < 0,001$), подтверждающего обратную связь между уровнем склонности к депрессивным реакциям и уровнем самоуважения. Высокий уровень склонности к депрессии сочетается с низким уровнем самоуважения, проявляющимся в недостаточном принятии себя, низких самооценочных ожиданиях и негативных стереотипах мышления. Такая взаимосвязь указывает на важную роль самоуважения как психологического ресурса, способного выступать барьером против депрессивных состояний.

Гипотеза 3: Прямая взаимосвязь между суверенностью личностного пространства и уровнем самоуважения

Статистический анализ подтвердил наличие значимой положительной корреляции ($R \approx 0,360$; $p < 0,05$) между уровнем суверенности личностного пространства и уровнем самоуважения. Эти результаты демонстрируют, что повышение автономии, способности эффективно защищать личные границы и самостоятельно решать задачи способствует укреплению чувства собственного достоинства и положительному восприятию себя. Уровень суверенности является важным прогностическим фактором для развития позитивного самоотношения, что облегчает предупреждение депрессивных реакций и способствует формированию устойчивости к эмоциональным трудностям.

Заключение

Данное исследование подтверждает наличие значимых взаимосвязей между уровнем самоуважения, компонентами суверенности личностного пространства и склонностью к депрессивным реакциям у студентов-клинических психологов. Эмпирические данные показывают, что низкая степень самоуважения и недостаточная суверенность в различных сферах личностного



пространства являются предикторами повышенного риска развития депрессивных симптомов в данной профессиональной группе.

В результате исследования была сформирована научная база для разработки комплексных программ психологического сопровождения, направленных на укрепление автономных личностных ресурсов и профилактику депрессивных состояний. Полученные выводы подчеркивают необходимость учета личностных особенностей будущих психологов в системе профессиональной подготовки и поддержки, что способствует повышению их психологической устойчивости и эффективности профессиональной деятельности.

Источники и литература / Sources and references:

1. Большой психологический словарь: словарь / под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК; Москва: ОЛМА-пресс, 2003. - 666 с.
2. Всемирная организация здравоохранения. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: Десятый пересмотр: Том 1 (часть 1): Специальные перечни для статистической разработки. - Женева: Медицина, 1995. - 698 с.
3. Жаткина, К. А., Казакова, Т. В. «Особенности психологической суверенности подростков, проживающих в разных социокультурных условиях» // Современные методы в когнитивных науках: от гена — к поведению: материалы Всероссийской молодежной конференции в рамках фестиваля науки, Томск, 2012. - С. 65–71.
4. Закирова, Г. М. Суверенность психологического пространства как предиктор активности юношей и девушек в общении // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика», 2024, № 1.



5. Иркин, Д. Б., Шевеленкова, Т. Д. Суверенность психологического пространства личности подростков и ее взаимосвязь с уровнем невротизации и представлениями об их воспитании родителями // Психология и право, 2011, № 1(3)
6. Камзина, О. А. Связь сомоотношения и суверенности психологического пространства у молодежи // Вестник Государственного университета просвещения. Серия: Психологические науки, 2024, № 3.
7. Левкова, Т. В. Суверенность психологического пространства как основа психологического здоровья личности // Вестник ПГУ им. Шолом-Алейхема, 2010, № 1-2.
8. Нартова-Бочавер, С. К. Понятие «психологическое пространство личности»: обоснование и прикладное значение // Психологический журнал, 2003, т. 24, № 6, С. 27–36.
9. Нартова-Бочавер, С. К. Психологическая суверенность и особенности межличностного общения // Социальная психология и общество, 2014, № 3, С. 42–50.
10. Нартова-Бочавер, С. К. Психологическая суверенность как предиктор эмоциональной устойчивости в ранней и средней взрослости // Клиническая и специальная психология, 2015, № 1, С. 15–28.
11. Нартова-Бочавер, С. К. Психофизиологические основы диспозиционной суверенности // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология, 2018, Т. 8, № 4, С. 370–380.
12. Нартова-Бочавер, С. К. Связь психологической суверенности и социальных верований: границы личности в контексте «большого» социума // Социальная психология и общество, 2017, № 3, С. 100–114.



13. Нартова-Бочавер, С. К. Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытии / С. К. Нартова-Бочавер. — 3-е изд., стер. — Москва: ФЛИНТА, 2021. — 449 с.
14. Нартова-Бочавер, Софья Кимовна. Психология суверенности: десять лет спустя / С. К. Нартова-Бочавер. — Москва: Смысл, 2017. — 199 с/
15. Роджерс, К. Р. Становление личности: взгляд на психотерапию / пер. М. Злотник. — Москва: Эксмо-Пресс, 2001. — 414 с.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. — 992 с.
17. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. Cognitive Therapy of Depression. - New York: Guilford Press, 1979. — 195 с.

ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ АНОЗОГНОЗИИ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ НА ПРИМЕРЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Щербаков С. А.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Курск

Научный руководитель - Ю.В. Богушевская

Аннотация. В статье рассматривается феномен алкогольной анозогнозии у жителей сельской местности. Описаны актуальные данные об проблеме злоупотребления алкоголя и последствиях этого, а также о возможных причинных повышенного употребления в сельской местности. Представлены полученные на данный момент результаты и возможные пути дальнейшего развития данной работы.

Ключевые слова: алкогольная анозогнозия, алкоголизм, мотивация употребления, сельская местность, употребления алкоголя.



FEATURES OF ALCOHOLIC ANOSOGNOZIA IN RURAL RESIDENTS ON THE EXAMPLE OF THE KURSK REGION

Shcherbakov S.A.

Kursk State Medical University, Russia, Kursk

Scientific supervisor - Yu.V. Bogushevskaya

Abstract. The article discusses the phenomenon of alcoholic anosognosia in rural residents. It describes current data on the problem of alcohol abuse and its consequences, as well as possible causes of increased alcohol consumption in rural areas. The results obtained so far and possible ways of further development of this work are presented.

Keywords: alcohol anosognosia, alcoholism, motivation of use, countryside, alcohol consumption.

Введение

В настоящий момент проблема употребления алкоголя все ещё актуальна в нашей стране, а значит так же актуальна и проблема анозогнозии у больных алкоголизмом. Возможность критически оценивать своё поведение и состояния является одним из важнейших показателей протекания психических процессов. У больных алкоголизмом зачастую можно наблюдать снижение критики к своему состоянию или отрицание самого факта заболевания. Устойчивое отрицание больным наличия у себя хронического алкоголизма носит название алкогольной анозогнозии. Данный феномен является сложным и многообразным явлением, возникновение которого может зависеть от множества факторов. К таким факторам могут относиться: длительность заболевания, толерантность больного к алкоголю, выраженность и клинические особенности



патологического влечения к алкоголю, личностные характеристики больного и его социальное окружение.

Так же представляет интерес и употребление алкоголя не только в городской черте, но и в сельской местности, где в настоящий момент времени алкоголизация может возрасти. Исторически сложилось, что в условиях сельской местности у людей есть нехватка информированности о вреде чрезмерного употребления алкоголя, а также недостаток мероприятий, посвящённых досугу местных жителей. В следствии этого алкоголь становится тем способом проведения досуга, который способен удовлетворить достаточное количество людей.

В процессе злоупотребления алкоголем патологическое влечение к спиртному встраивается в систему потребностей личности и начинает определять её отношение к алкоголю. Это влечение порождает мотив, направленный на его удовлетворение. По мере того, как иерархия поведенческих мотивов постепенно меняется, в бессознательной сфере формируется доминирующая установка на употребление алкоголя. Она подчиняет себе другие виды деятельности и трансформирует их. Следствием такой перестройки становятся нарушения процессов самопознания — страдает адекватное самовосприятие и способность к критическому самонаблюдению [4].

Личность регрессирует в социальном, морально-нравственном и личностном плане. А это уже оказывает негативное влияние на процесс восстановления человека. Регресс личности оказывает крайне негативное влияние на взаимодействие в процессе лечения, а также взаимодействия с окружением, лечащими врачами и семьёй. Последняя, по данным исследований, является одним из ключевых факторов, способствующих успешному лечению алкогольной зависимости [3].



В сельских районах часто наблюдается дефицит квалифицированных специалистов, способных проводить профилактику употребления алкоголя. А также ограничен доступ к современным методам диагностики и лечения. Это затрудняет раннюю диагностику и коррекцию анозогнозии. В городах, хотя инфраструктура здравоохранения обычно развита лучше, высокая загруженность специалистов могут снижать мотивацию пациентов обращаться за помощью. Сельский образ жизни часто связан с более рутинным распорядком дня и ограниченным кругом деятельности, что может усиливать зависимость от алкоголя как способа «развлечения» или снятия монотонности. В городах разнообразие досуга и профессиональной активности потенциально может снижать риск развития зависимости, но в то же время стресс от городской жизни может провоцировать злоупотребление алкоголем.

Цель исследования

Изучить особенности анозогнозии у больных алкоголизмом жителей сельской местности.

Задачи исследования

Проведение анализа научной литературы посвящённой проблеме алкогольной анозогнозии. Проведение эмпирического исследования с последующей статистической обработкой полученных результатов.

Материалы и методы

Была использована психодиагностическая методика: Опросник алкогольной анозогнозии НИПНИ им. Бехтерева, Опросник Мотивация потребления алкоголя (В. Ю. Завьялов), Методика Дембо-Рубинштейн (Т. В. Дембо, С. Я. Рубинштейн).

Выборку составили пациенты областной клинической наркологической больницы в составе 27 испытуемых. Испытуемые были разделены на две группы: 15 жителей курской области и 12 жителей города Курск.



Результаты

В группе испытуемых жителей курской области 46% испытуемых показали высокий уровень алкогольной анозогнозии, у 27% средний уровень анозогнозии и оставшиеся 27% имели низкий уровень анозогнозии.

В тоже время в группе жителей Курска более низкие результаты уровня веской анозогнозии - 33%, у 42% испытуемых средний уровень и 25% имели низкий уровень, что может говорить о наличии различий между этими группами.

Полученные данные обуславливают необходимость изучения факторов формирования анозогнозии и ее структуры в зависимости от социо-культуральных, условий воспитания, отношения к алкоголизации в семье, социально-демографических показателей. Так же отдельного важно указать и то, что среди жителей Курска имеются испытуемые, которые сами обратились за лечением и имеют низкий уровень анозогнозии, что указывает на их понимание своей болезни.

По результатам проведения опросника на мотивацию употребления алкоголя мы увидели некоторые различия и сходства у двух групп испытуемых. У жителей сельской местности основными мотивами для употребления служат социально-психологические мотивы и личностные мотивы. В группе социальных мотивов чаще всего встречается традиционный мотив, который является одним из распространённых мотивов. Употребление тут связано с устоявшимися традициями праздновать любые события употреблением алкоголя. Вторым идёт субмиссивный мотив. Выпивка пациентов связана с давлением со стороны или желанием не выделяться из группы, в которой находится пьющий человек.

В личностных мотивах чаще виден атарктический мотив. Характеристикой данного мотива является то, что его суть заключается в желании избавиться от давления негативных эмоций и переживаний. Можно сказать, что



употребляющие считают алкоголь успокоительным, которое может помочь им успокоиться полностью.

Общий уровень мотивации потребления алкоголя показывает пристрастие к алкоголю, что говорит о наличии проблем в контроле употребления алкоголя пациентами, оправдывая это всё псевдокультурными мотивами, давлением от компании и тяжёлым эмоциональным состоянием. Но также имеется испытуемый, который показал отсутствие злоупотребления алкоголем по результату опросника, но высокий уровень алкогольной анозогнозии. Со слов самого пациента, он действительно не имеет пристрастия к алкоголю, а попадание его в наркологическую больницу связано с единовременным употреблением и тяжёлыми последствиями этого, а также давлением со стороны родственников.

У жителей города заметно преобладание группы личностных мотивов с преобладанием атарктического и гедонистического мотивов. Атарктический мотив, показывающий желание снизить напряжение не чужд и жителя городской черты, но вот эмоциональное напряжение уже будут вызываться иными причинами, в отличие от жителей сельской местности. Гедонистический мотив уже отвечает за употребление алкоголя с целью получения удовольствия. Можно сказать, что это самый ожидаемый мотив, который можно ожидать у больных алкоголизмом. Подавляющее большинство испытуемых по результатам опросника показали пристрастие к алкоголю. Это не отменяет наличие зависимости у пациентов, но параллельно с этим мы можем говорить о том, что в сравнении с первой группой испытуемых, она проявляется чуть меньшей степени.

Так же был выявлен испытуемый с патологической мотивацией к употреблению алкоголя. Мотивом было устранение похмелья. Стоит отметить, что именно этот испытуемый показал низкий уровень анозогнозии в группе



испытуемых из города. По результатам исследования мотивации употребления алкоголя результат свидетельствует о наличии проявления злоупотребления алкоголем, но не пристрастия к нему.

По методики Дембо-Рубинштейн так е были получены данные, говорящие о наличии различии в этих двух группах. У испытуемых из сельской местности были. Высокой самооценкой обладает 46% испытуемых, 20% показали умеренный уровень, ещё 20% имели низкую самооценку и оставшиеся 14% процентов показали очень высокую самооценка. В целом можно сказать о том, что у данной группы преобладает высокая самооценка себя с достаточно высоким уровнем притязаний.

А вот группа испытуемых города показала отличные результаты от первой группы. Тут уже у 67% самооценка находится на умеренном уровне и у 33% она низкая. Видно, что оценивают себя и свои притязания в данной группе вполне адекватно, даже занижая себя. Разницу между двумя группами может быть вызвана тем, что в городской черте труднее оценивать себя выше из-за наличия большого количества других людей, которые могут быть лучше больного в каком-либо плане. Высокий уровень самооценки у жителей сельской местности может быть вызван тем, что в имеющихся условиях жизни, легче самого себя оценивать как крайне успешного и видного человека, которому всё по плечу. Так же высокий уровень самооценки может быть причиной того, что у пациентов из данной группы чаще встречается высокая анозогнозия. Это уже в свою очередь о наталкивает на мысль о том, что развившаяся анозогнозия у больных вызвана изменением личности из-за большого употребления алкоголя. А как известно, из-за развития алкоголизма начинается изменения, которые оказывают сильное влияние на личность больного. И как раз тут может быть и повышения самооценки, и параллельное уменьшение критики к самому себе.

Заключение



Опираясь на полученные результаты, можно говорить о том, что в группе жителей курской области, страдающих алкоголизмом в большей степени выражен высокий уровень алкогольной анозогнозии, чем у группы жителей города, которые показали больше среднего уровня анозогнозии. Так же обнаруженные различия в мотивации употребления алкоголя говорят о том, что необходимо проводить просветительскую работу среди сельского населения касательно вреда частого употребления алкоголя и изменения устоявшихся негативных устоев празднования событий и проведения досуга. Не менее важным является и возможная работа с завышенной самооценкой. Следует учитывать эти данные для разработки программы психологического сопровождения лиц из сельской местности, которая будет являться дополнением к фармакотерапии.

Источники и литература / Sources and references:

1. Вялышина А.А. Распространение курения и употребления алкоголя среди сельского населения России // Электронный научный журнал Социальные аспекты здоровья населения / Social aspects of Population Health 2021.
2. Голованова, Н.А. Наркологическая анозогнозия в психиатрическом стационаре принудительного лечения специализированного типа: актуальность проблемы и перспективы работы / Н.А. Голованова, Т.В. Саутина // Омский психиатрический журнал. – 2020. – № 2(25). – С. 12-16. – DOI 10.24411/2412-8805-2020-10207. – EDN UNKVCC.
3. Зенкова, К. С. Эффективности психотерапии в лечении алкогольной зависимости / К. С. Зенкова // Молодежная наука и современность : Материалы 90-й Международной научной конференции студентов и молодых ученых, посвященной 90-летию КГМУ. В 2-х томах, Курск, 23–25 апреля 2025 года. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2025. – С. 268-269.



4. Погосов, А. В. К вопросу о когнитивных нарушениях, связанных с действием алкоголя / А. В. Погосов, Г. М. Лентюгова // Наркология. – 2020. – Т. 19, № 4. – С. 68-75. – DOI 10.25557/1682-8313.2020.04.68-75.

5. Устинова Н.А., Корякин С.В. Психологические особенности преодоления алкогольной анозогнозии // Universum: психология и образование : электрон. научн. журн. 2024. 10(124).

ИСТОРИЯ АРТ-ТЕРАПИИ, ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ

Шишняк Н. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – А. С. Яковлев

Аннотация. Статья посвящена истории возникновения и развития арт-терапии как самостоятельной области психотерапевтической практики и научного знания. На основе анализа зарубежной и отечественной литературы рассматриваются ключевые этапы становления метода: от древних культурных предпосылок использования искусства в ритуальных и целительских практиках через формирование теоретических оснований в XIX — начале XX века до институционализации профессии во второй половине XX столетия. Особое внимание уделяется вкладу основоположников арт-терапии — Адриана Хилла, Маргарет Наумбург и Эдит Крамер, - определивших две основные парадигмы: «арт-психотерапию» и «искусство как терапию». Анализируются процессы профессионализации арт-терапии в Великобритании и США, включая создание профессиональных ассоциаций, образовательных стандартов и научных журналов. В заключительной части очерчены современные тенденции развития



арт-терапии, включая методологическую интеграцию, технологизацию и учёт культурного разнообразия.

Ключевые слова: арт-терапия, история арт-терапии, Адриан Хилл, Маргарет Наумбург, Эдит Крамер, искусство как терапия, арт-психотерапия, психоанализ, профессиональная институционализация

HISTORY OF ART THERAPY: STAGES OF FORMATION AND DEVELOPMENT

Shishnyack N. A.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific Advisor - A. S. Yakovlev

Abstract. The article is devoted to the history of the emergence and development of art therapy as an independent field of psychotherapeutic practice and scientific knowledge. Based on the analysis of foreign and domestic literature, the key stages of the method's formation are considered: from the ancient cultural prerequisites for using art in ritual and healing practices, through the formation of theoretical foundations in the 19th and early 20th centuries, to the institutionalization of the profession in the second half of the 20th century. Special attention is paid to the contributions of the founders of art therapy, Adrian Hill, Margaret Naumburg, and Edith Kramer, who defined two main paradigms: «art psychotherapy» and «art as therapy». The article analyzes the processes of professionalization of art therapy in the UK and the USA, including the creation of professional associations, educational standards, and scientific journals. In the final part, current trends in the development of art therapy are outlined, including methodological integration, technological development, and consideration of cultural diversity.



Keywords: art therapy, history of art therapy, Adrian Hill, Margaret Naumburg, Edith Kramer, art as therapy, art psychotherapy, psychoanalysis, professional institutionalization

Введение

Арт-терапия (от англ. *art therapy* -терапия искусством) представляет собой междисциплинарную область, объединяющую психологию, психиатрию, педагогику и художественную практику. Как метод психологической помощи она начала формироваться в середине XX века, однако её исторические корни уходят в глубь веков.

Актуальность историко-аналитического осмысления арт-терапии определяется несколькими факторами. Во-первых, стремительное расширение сфер применения метода в современной клинической, образовательной и социальной практике требует понимания его концептуальных истоков. Во-вторых, накопленный за семь десятилетий клинический и исследовательский опыт нуждается в систематизации, что невозможно без ретроспективного анализа. В-третьих, процессы профессиональной институционализации арт-терапии в разных странах демонстрируют как общие закономерности, так и культурно-специфические особенности, изучение которых имеет теоретическое и практическое значение.

Цель настоящей статьи - представить периодизированную историю становления арт-терапии, выделив её основные этапы, ключевых фигур и определяющие теоретические парадигмы.

Основная часть

Арт-терапия - это направление в психотерапии и психологической коррекции, в основе которого лежит применение изобразительного творчества и иных форм искусства для диагностики, лечения и профилактики психических



расстройств. [1, С.512]. За последние десятилетия метод прочно вошёл в клиническую практику, в том числе в области психиатрии и наркологии. Его популярность объясняется малой инвазивностью, способностью воздействовать на невербальные аспекты психики и результативностью в случаях, когда традиционная терапия оказывается неэффективной. [2, С.288]. При этом история Арт-терапии как самостоятельной научной дисциплины исследована лишь отрывочно.

Начало история арт-терапии, а именно применение искусства в лечебных целях уходит корнями в глубокую древность. В первобытных обществах шаманы и жрецы использовали ритуальные танцы, музыку и рисунки, чтобы изгнать «злых духов», что можно считать прообразом современной арт-терапии. [1, С.512].

В Древней Греции врачи советовали музыку и театр для восстановления душевного равновесия. Аристотель в трактате «Поэтика» описал концепцию катарсиса - эмоционального очищения через сопереживание искусству. Эта идея легла в основу будущих терапевтических подходов.

В Средневековье лечебное воздействие искусства отошло на второй план из-за доминированием религиозных догм. Возрождение интереса к психологическому влиянию творчества произошло в эпоху Ренессанса: медики и философы заметили, что занятия музыкой и живописью помогают пациентам с меланхолией. [3, С. 340].

Важный шаг к признанию творческой деятельности как терапевтического инструмента сделал французский психиатр Филипп Пинель в XVIII веке. В рамках реформы психиатрических учреждений он внедрил элементы трудотерапии, в том числе рисование и рукоделие. [1, С.512]

На рубеже XIX-XX веков наблюдался существенный прогресс в развитии арт-терапии, обусловленный становлением психоаналитического направления в



психологии и углублённым изучением феномена бессознательного. [2, С. 288]. Зигмунд Фрейд в своих теоретических построениях подчёркивал, что сновидения и спонтанные психические образы выступают в качестве канала доступа к содержанию бессознательного.

Карл Густав Юнг, развивая идеи психоанализа, предложил метод активного воображения, предусматривающий визуализацию пациентами собственных сновидений и фантазий. Согласно концепции Юнга, создаваемые в процессе арт-терапии визуальные образы репрезентируют архетипы коллективного бессознательного и способствуют процессу индивидуации - формированию целостной личности.

Параллельно в Европе и США получило развитие движение «пациентского искусства», в рамках которого психиатры систематизировали изобразительные работы пациентов. Значительный вклад в становление арт-терапии внёс швейцарский психиатр Ганс Принцхорн, опубликовавший в 1922 году монографию «Художественное творчество душевнобольных». Данное исследование стало первой систематической научной работой, посвящённой анализу экспрессивного творчества лиц с психическими расстройствами, и оказало существенное влияние на развитие как арт-терапевтической практики, так и некоторых направлений современного искусства. [3, С. 340].

Формирование арт-терапии как самостоятельной научной дисциплины и профессиональной области произошло в послевоенный период Второй мировой войны. Ключевую роль в этом процессе сыграли следующие специалисты:

Адриан Хилл - художник из Великобритании, который во время лечения туберкулёза обнаружил, что рисование облегчает боль и депрессию. В 1945 году он выпустил книгу «Art Versus Illness» - Искусство против болезни, где впервые использовал термин «арт-терапия». Хилл подчёркивал целительную и



успокаивающую силу самого творческого процесса, независимо от интерпретации результата.

Маргарет Наумбург – психотерапевт из США, разработавшая психодинамический подход к арту-терапии. Она считала, что спонтанное рисование помогает выявить подавленные переживания и конфликты. В 1947 году Наумбург основала первую учебную программу по арт-терапии в Нью-Йорке, сделав акцент на символическом значении образов и вербализации эмоций. [2, С. 288].

В 1960-х годах в США была создана Американская арт-терапевтическая ассоциация – «ААТА», что закрепило статус метода как признанной профессии. Тогда же стартовали первые научные исследования его эффективности. [4, С. 400].

Развитие арт-терапии во второй половине XX - начале XXI века начиная с 1970-х годов арт-терапия развивалась в нескольких направлениях. В Европе сформировалась гуманистическая школа, связанная с именами Эдит Крамер и Виктора Ловенфельда. Крамер, работая с детьми с эмоциональными нарушениями, отмечала важность сублимации - преобразования агрессии в творческую энергию. По её мнению, создание «художественной формы» помогало структурировать хаотичные переживания. [1, С.512].

В 1990-х годах арт-терапию начали интегрировать с когнитивно-поведенческой терапией - «КПТ» и нейронауками. Исследования с применением функциональной магнитно-резонансной томографии показали, что изобразительное творчество активирует зоны мозга, отвечающие за эмоции, память и сенсорную интеграцию. Это дало нейробиологическое обоснование эффективности метода. [4, С. 400].

В России арт-терапия получила развитие позже. В 1990-х годах, после снятия идеологических ограничений. Первые центры и обучающие программы



появились в Москве и Санкт-Петербурге. В 1997 году была основана Российская арт-терапевтическая ассоциация. Сегодня метод признан Минздравом РФ как вспомогательный инструмент психотерапии и активно используется в психиатрических клиниках и наркологических диспансерах. [1, С.512].

Сегодня арт-терапия - мультидисциплинарная область с несколькими направлениями: Изотерапия - работа с рисунком и живописью; Музыкотерапия; Драматерапия - работа с театральными и ролевыми техниками; Танцевально-двигательная терапия; Библиотерапия.

У каждого направления свои показания и методические особенности.

Особый интерес представляет применение арт-терапии в наркологии. У пациентов с зависимостями часто наблюдается алекситимия - нарушение способности формулировать свои чувства. [1, С.512]. Арт-терапия позволяет выразить переживания через образы, минуя этот барьер.

Кроме того, творческая деятельность способствует формированию новых нейронных связей, что помогает восстановить когнитивные функции, нарушенные из-за длительной интоксикации. [4, С. 400].

Перспективные современные направления:

Цифровая арт-терапия - использование графических планшетов и виртуальной реальности, отличаются высокой вовлеченностью пациента в использовании; Интеграция арт-терапевтических методов в программы реабилитации ветеранов боевых действий и людей, переживших травматический стресс. [1, С.512].

История арт-терапии охватывает несколько столетий, но как научная дисциплина она сложилась лишь в середине XX века. Пройдя путь от античных философских идей и психоаналитических концепций до современных нейробиологических исследований, метод доказал свою эффективность в лечении широкого спектра психических расстройств. Дальнейшее развитие



связано с углублением научной базы, созданием стандартизированных протоколов и расширением сфер применения, в том числе в аддиктологии.

Заключение

История арт-терапии — это путь от стихийного использования искусства в частной клинической практике до институционализированной, научно обоснованной и глобально распространённой области психотерапии. За семь десятилетий своего существования арт-терапия прошла несколько этапов:

1. Предыстория (древность - начало XX века): накопление культурных практик использования искусства в целительских целях, формирование теоретического фундамента в психиатрии и психоанализе.
2. Зарождение (1930–1940-е годы): деятельность Адриана Хилла и Маргарет Наумбург, введение термина, оформление двух основных парадигм.
3. Становление и институционализация (1950–1990-е годы): развитие теоретических моделей (Эдит Крамер), создание профессиональных ассоциаций и учебных программ, расширение практических форм.
4. Современный этап (2000-е - настоящее время): интеграция, доказательная база, культурная чувствительность, цифровизация.

Перспективы дальнейшего развития связаны с углублением нейробиологических исследований основ терапевтического действия искусства, совершенствованием методов оценки эффективности, учётом культурного разнообразия, а также с преодолением барьеров для профессионального признания арт-терапии в тех странах, где она пока не имеет официального статуса.

Источники и литература / Sources and references:

1. Копытин, А. И. Арт-терапия: история, теория, практика / А. И. Копытин. - СПб.: Питер, 2021. - 512 с.



2. Наумбург, М. Динамически ориентированная арт-терапия / М. Наумбург. - М.: Когито-Центр, 2019. - 288 с.
3. Принцхорн, Г. Художественное творчество душевнобольных / Г. Принцхорн. - М.: Медицина, 2003. - 340 с.
4. Рубин, Д. А. Арт-терапия: современные подходы и методы / Д. А. Рубин. М.: Эксмо, 2022. - 400 с.

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ
МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ
ШИЗОФРЕНИИ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЕВ.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ.**

Шмаков Е.И., Шишкина А.Н.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – А. А. Яковлева

Аннотация. Вопрос соблюдения пациентами врачебных назначений (приверженности терапии) относится к числу наиболее острых в современной клинической практике. С этим явлением сталкиваются специалисты самых разных медицинских направлений. Однако в психиатрии данная проблема приобретает особую остроту, что обусловлено необходимостью многолетнего (зачастую пожизненного) приёма лекарственных средств психически больными, а также с учётом серьёзных клинических и социально-экономических последствий, характерных для этих заболеваний. Недостаточная приверженность лечению среди пациентов с психической патологией ведёт к утяжелению течения болезни, росту инвалидизации и значительному ухудшению качества жизни. Настоящая работа посвящена изучению и анализу степени приверженности медикаментозной терапии у больных с параноидной формой шизофрении.



Ключевые слова: комплаенс, параноидная шизофрения, психофармакотерапия, психические расстройства.

**COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF ADHERENCE TO DRUG
THERAPY IN PARANOID SCHIZOPHRENIA. DEFINITION OF CRITERIA.
COMPARATIVE ANALYSIS.**

Shmakov E.I., Shishkina A.N.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – A. A. Yakovleva

Abstract. The issue of patient compliance with medical prescriptions (adherence to treatment) is one of the most pressing issues in modern clinical practice. This issue is addressed by specialists across a wide range of medical disciplines. However, in psychiatry, this problem is particularly acute due to the long-term (often lifelong) medication regimen required by mentally ill patients, as well as the serious clinical and socioeconomic consequences inherent to these disorders. Insufficient treatment adherence among patients with mental illness leads to a more severe course of the disease, increased disability, and a significant deterioration in quality of life. This study examines and analyzes adherence to medication therapy in patients with paranoid schizophrenia.

Keywords: compliance, paranoid schizophrenia, psychopharmacotherapy, mental disorders.

Несоблюдение режима медикаментозной терапии (некомплаенс) остается одной из главных проблем в лечении шизофрении. Согласно усредненным данным, частота случаев несоблюдения терапии составляет около 50%. Однако этот показатель варьирует в широких пределах: от 4% (при использовании депо-



форм антипсихотиков) до 72% [6, С.90]. Особого внимания заслуживает то, что от 20 до 40% пациентов прекращают прием препаратов сразу после первой госпитализации, а более 40% самостоятельно отменяют лекарства при улучшении самочувствия. Ключевой особенностью является динамичность данного феномена: приверженность может меняться у одного и того же пациента с течением времени [5, С.47].

Термин «комплаенс» (compliance) был введен в 1979 году R. B. Sackett и D. L. Haynes и определяется как мера соответствия поведения пациента медицинским предписаниям. В современной литературе наряду с ним используется термин «приверженность» (adherence). Хотя часто они употребляются как синонимы, между ними существует смысловая разница:

Комплаенс подразумевает пассивное, нередко неосознанное следование указаниям врача. Приверженность — более широкое понятие, отражающее активное, осознанное участие пациента в лечебном процессе, включая соблюдение диеты, изменение образа жизни и ответственность за результаты терапии. Некомплаентность может проявляться по-разному: от полного отказа от приема препаратов до нерегулярного использования, самостоятельного изменения доз или замены лекарств. Важно отметить, что нарушения режима поддерживающей терапии встречаются так же часто, как и полный отказ от лечения [6, С.85].

В отличие от соматической патологии, при шизофрении на приверженность влияют специфические факторы, связанные с самим расстройством: когнитивные нарушения и снижение критики (нарушение инсайта), приводящие к неполному осознанию болезни или ее отрицанию; негативная симптоматика (абулия, апатия, алогия), подрывающая волевой компонент лечения; психопатологическая загруженность (бред, галлюцинации), искажающая восприятие реальности, включая необходимость лечения;



негативное отношение к психиатрической службе (стигма и самостигматизация) [2, С.72].

Оценка истинного уровня приверженности представляет собой сложную задачу. Пациенты склонны завышать свой комплаенс (чтобы избежать недовольства врача). Врачи также нередко переоценивают приверженность своих пациентов, полагаясь на субъективное впечатление.

Существующие методы оценки:

1. Тест Мориски-Грина (MMAS-4): Общемедицинский скрининг из 4 вопросов, преимуществами которого являются краткость и универсальность, в то же время обладая рядом существенных недостатков, т.к. низкая чувствительность и специфичность [4, С.64].

2. Зарубежные опросники (DAI, MARS, ROMI) более детальны, но основаны исключительно на самоотчетах больных, что сохраняет риск искажения данных.

3. Отечественный метод НИПНИ им. Бехтерева [5, С.45]. Заполняется врачом на основе полной информации (анамнез, наблюдение персонала, данные от родственников). Учитывает системно все группы факторов, но громоздок и сложен для рутинной практики.

Ни один из существующих методов не является «золотым стандартом». Большинство из них опираются на предшествующий опыт лечения, что делает их неприменимыми при первичном поступлении или отсутствии документации. Это подчеркивает актуальность поиска новых, в том числе комплексных, критериев оценки.

Выделено более 250 различных факторов комплаенса. Для систематизации их целесообразно разделить на три большие группы.

Фармакологические факторы, основным барьером в вопросе которых являются побочные эффекты антипсихотиков. Надежными предикторами



некомплаентности являются субъективно дистрессные состояния. Так, со стороны ЦНС - экстрапирамидные расстройства, седация, когнитивная заторможенность. Эндокринные и метаболические факторы: увеличение массы тела (один из самых значимых факторов отказа), гиперпролактинемия (аменорея, галакторея, сексуальная дисфункция), нарушения углеводного и липидного обмена. Также стоит отметить антихолинергические эффекты (сухость во рту, запоры, нарушения аккомодации), сердечно-сосудистые нарушения (ортостатическая гипотензия, удлинение QT) [1, С.68].

Клинические факторы, связанные непосредственно с заболеванием, следующие: комплаенс ниже при раннем начале, приступообразном течении, наличии выраженной бредовой симптоматики, коморбидном злоупотреблении ПАВ и расстройствах личности. Негативная симптоматика (апатия, абulia) достоверно снижает приверженность. Факторы, затрагивающие внутреннюю картину болезни (ВКБ) включают в себя адекватное восприятие тяжести заболевания и риска рецидива. При шизофрении ВКБ часто искажена. Тип личности пациента также имеет значение: тревожно-мнительные склонны менять врачей, застревающие - четко следовать рекомендациям, а шизоидные - лечиться по-своему. Отсутствие инсайта (критики к заболеванию) удваивает риск некомплаенса. Однако связь не всегда прямая: некоторые пациенты осознают болезнь, но отказываются от лечения (психодинамическая защита от стигмы или вторичная выгода от болезни), а другие не осознают болезнь, но принимают лекарства пассивно (под давлением семьи или врача). Немаловажен в формировании комплаенса т.н. терапевтический альянс, являющийся ключевым фактором, особенно при переходе от патерналистской модели к партнерской. Эффективны комплаенс-терапия (сочетание когнитивно-поведенческого подхода, мотивационного интервью и психообразования) и согласованная работа мультидисциплинарной команды [3, С.54].



К социальным факторам относятся: семейная поддержка, высоко коррелирующая с хорошим комплаенсом, высокий же уровень эмоциональной экспрессии (критика, враждебность, гиперопека) со стороны родственников достоверно снижает приверженность; типы отношения семьи к лечению: выделяют поддерживающий (благоприятный), манипулирующий, отстраненный и враждебный (неблагоприятные); комплаенс выше у работающих, с высоким уровнем образования и хорошей социальной адаптацией. Бездомность и отсутствие сотрудничества родственников с врачами — предикторы низкого комплаенса; мнение других пациентов, друзей и информация из ненадежных интернет-источников может существенно влиять на решение пациента [2, С.74].

Целью данного исследования является определение критериев приверженности медикаментозной терапии и проведение сравнительного анализа у пациентов общепсихиатрических мужского и женского отделений, страдающих параноидной шизофренией.

Материалы и методы

Объектом исследования явились данные о 60 больных. Использовались клинический метод, катамнестический метод в форме ретроспективного анализа историй болезни психиатрического стационара, шкала оценки соблюдения режима терапии MARS (Medication Adherence Rating Scale), метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии [5, С.45], включая краткую психиатрическую оценочную шкалу (BPRS) и шкалу оценки негативной симптоматики (SANS).

Результаты исследования

Общее число пациентов составило 60 человек. В ходе исследования нами были выделены две группы пациентов.

Средний возраст пациентов при обследовании составил $34,8 \pm 10,3$ лет, диапазон возрастов находился в промежутке от 22 до 62 лет. По половому



признаку пациенты распределились следующим образом: 24 мужчины (40%) и 36 женщин (60%). На момент обследования в исследуемой группе пациентов средняя длительность заболевания составила $16 \pm 9,4$ лет.

Согласно Шкале оценки соблюдения режима терапии MARS все больные были поделены на 2 группы: группа комплаентных больных и группа некомплаентных больных.

Группа комплаентных больных составила 25 человек (41,6% от общего числа больных), группа некомплаентных больных составила 35 человек (58,3% от общего числа больных).

В подгруппах мужчин и женщин средний уровень комплаенса различался со статистической значимостью ($p < 0,05$). В подгруппе мужчин средний балл составил 30,5 [26; 35] баллов, и был ниже, чем в подгруппе женщин, где уровень комплаенса составил 35 [30; 39] баллов.

При сравнении среднего уровня комплаенса в подгруппах с различной базовой терапией, получаемой пациентами на момент обследования, статистически значимых различий выявлено не было. В подгруппе больных, принимающих типичный антипсихотический препарат, уровень комплаенса составил 30 [25; 36] баллов; в подгруппе больных, принимающих атипичный антипсихотический препарат, был равным 31 [26; 37] баллу.

Сравнительный анализ подгрупп, различавшихся по характеру сопутствующего медикаментозного лечения, не выявил статистически значимых различий в средних показателях комплаенса. У пациентов, которым дополнительно назначался второй антипсихотик, медианный уровень приверженности составил 33 [26; 39] балла. В группе больных, получавших иные психотропные средства (транквилизаторы, антидепрессанты, нормотимики), этот показатель равнялся 30 [25; 36] баллам. Среди тех, кто принимал корректоры экстрапирамидных расстройств, средний балл оказался 30 [26; 35].



Таким образом, не удалось установить связи между уровнем комплаенса и характером как базовой, так и вспомогательной фармакотерапии — ни на этапе первичной госпитализации, ни в ходе последующего лечения.

Были обнаружены достоверные различия в уровне комплаенса в зависимости от двух психологических параметров: качества терапевтического альянса с врачом и субъективного мнения пациента о необходимости продолжать лечение после выписки. Те больные, которые оценивали свои отношения с лечащим врачом как «хорошие», демонстрировали медианный балл приверженности 34 [30; 39]. При оценке альянса как «удовлетворительный» уровень комплаенса снижался до 29 [27; 31]. В случаях, когда пациенты характеризовали взаимодействие с врачом как «неудовлетворительное», показатель составил 23 [20; 26]. Различия между всеми тремя подгруппами оказались статистически значимыми ($p < 0,05$).

Аналогичная закономерность прослеживалась в отношении взглядов пациентов на поддерживающую терапию после выписки. Среди тех, кто полностью признавал необходимость такого лечения, медианный уровень комплаенса достиг 35 [33; 39] баллов. В подгруппе сомневающих пациентов этот показатель составил 30 [27; 33] баллов. У больных, отрицавших саму потребность в поддерживающем приеме лекарств, уровень приверженности оказался самым низким — 24 [21; 26] балла. Различия между всеми тремя группами также были статистически значимы ($p < 0,05$).

Наиболее высокий уровень комплаенса — 37 [35; 41] балл — зафиксирован в подгруппе пациентов, полностью осознававших наличие у себя психического заболевания и имевших адекватное, реалистичное представление о своей болезни. Промежуточное положение заняли больные с избирательным отношением к своей патологии: у них медианный балл приверженности равнялся 30,5 [30; 35]. Самые низкие показатели (25 [20; 29] баллов) отмечены у тех, кто



полностью отрицал факт психического расстройства. Статистический анализ подтвердил значимость различий между всеми тремя подгруппами ($p < 0,05$).

При анализе структуры ведущего синдрома наивысший средний балл комплаенса (35 [39; 33], хотя в оригинале интервал указан как [39; 33] — вероятно, опечатка; сохранено как есть) продемонстрировали пациенты с преобладанием сенесто-ипохондрических расстройств. Этот результат статистически значимо отличался от всех остальных подгрупп ($p < 0,05$). Самый низкий уровень приверженности (25 [21; 28] баллов) отмечен у больных с симплекс-синдромом, включающим психопатоподобные, гебоидные и эксплозивные проявления; различия также были достоверными. Остальные клинические группы не показали значимых расхождений: при симплекс-синдроме с параноидной симптоматикой средний балл составил 30 [28; 32]; при неврозоподобных проявлениях — 30,5 [28; 33]. Пациенты с различными вариантами параноидной симптоматики, а также с синдромом Кандинского–Клерамбо (ввиду малочисленности) были объединены в общую группу с преобладанием параноидных расстройств, где медианный балл равнялся 30 [28; 32]. Подгруппа с обсессивно-фобической симптоматикой оказалась слишком малочисленной для статистического сравнения. Полученные данные согласуются с результатами анализа инициального и манифестного периодов: тогда также наиболее низкий комплаенс наблюдался при эксплозивной симптоматике, а наиболее высокий — при тревожно-ипохондрической.

Частота повторных госпитализаций при шизофрении определяется не только динамикой самого заболевания, но и такими факторами, как социальная дезадаптация, формирование госпитализма, личностные особенности пациента, страх перед обострениями, а также невозможность самостоятельно приобретать лекарства. Распределение среднего уровня комплаенса в зависимости от частоты поступлений выглядело следующим образом. У пациентов,



госпитализировавшихся чаще одного раза в год, медианный балл приверженности составил 29 [27; 32]. У тех, кто поступал ровно один раз в год, показатель оказался значительно выше — 37,5 [34; 42] балла. Подгруппы с госпитализациями один раз в два года и реже были немногочисленны, поэтому их объединили; в этой общей группе средний балл равнялся 30 [28; 34].

Статистически значимо более высокий уровень комплаенса был зафиксирован именно в группе пациентов, поступающих в стационар один раз в год ($p < 0,05$). Как правило, эти больные ложатся на ежегодное плановое профилактическое лечение не в связи с ухудшением состояния, а благодаря осознанию необходимости таких профилактических госпитализаций, что и объясняет их более высокую приверженность. В то же время пациенты, госпитализирующиеся чаще или реже одного раза в год, попадают в больницу преимущественно вынужденно — из-за обострения психического состояния.

Образовательный уровень, с одной стороны, отражает способность человека к обучению и самодисциплине, с другой — во многом формирует его стиль мышления. У пациентов с низким уровнем образования (начальное или неполное среднее) медианный балл комплаенса составил 27 [24; 30]. В подгруппе с полным средним образованием показатель был выше — 31,5 [28,5; 33]. Самый высокий уровень приверженности (36,5 [33; 40] балла) отмечен у больных со средним специальным образованием. Однако в группе с высшим или незаконченным высшим (не менее трех курсов) образованием комплаенс вновь оказался низким — 28 [26; 31] баллов. Этот феномен объясняется тем, что люди с высшим образованием обладают широким кругозором, развитой способностью к самостоятельному поиску информации и привычкой формировать собственное мнение, что побуждает их вносить коррективы в лечебный процесс и иногда прибегать к нетрадиционным методам, даже при осознании наличия болезни. Статистически значимые различия ($p < 0,05$) зафиксированы между подгруппой



со средним специальным образованием (самый высокий комплаенс) и остальными группами. Наиболее низкие показатели, также значительно отличавшиеся от других, продемонстрировали пациенты с начальным/неполным средним и с высшим/незаконченным высшим образованием.

Профессиональные навыки также формируют у человека определенные качества — ответственность, исполнительность, обучаемость — и в известной степени определяют склад мышления. Самый низкий уровень комплаенса (22 [20; 24] балла) зафиксирован у пациентов, не имевших профессиональной занятости (неработающие и не учащиеся); эта подгруппа статистически значительно отличалась от всех остальных ($p < 0,05$).

В группах учащихся и неквалифицированных рабочих медианные баллы оказались средними и составили 30 [27; 34] и 30,5 [27; 35] соответственно. Наиболее высокий уровень приверженности (36 [32; 39] баллов) отмечен у высококвалифицированных рабочих (промышленность, сельское хозяйство, сфера услуг); различия с другими группами были достоверны ($p < 0,05$). У работников интеллектуального труда комплаенс вновь оказался ниже среднего — 28 [26; 31] баллов. Такое распределение объяснимо тем, что рабочие, привыкшие действовать по инструкциям и выполнять предписания, склонны строго следовать врачебным назначениям. Напротив, люди умственного труда привыкли анализировать, искать новую информацию и формировать собственную точку зрения, что приводит к выборочному приему лекарств и внесению коррективов в предписанную терапию.

Характеристики семейной ситуации играют важную роль в формировании приверженности лечению: родственники могут как способствовать высокому комплаенсу (в том числе через организацию ежедневного приема лекарств), так и ухудшать его своим отношением к болезни и лечению близкого человека. У холостых или незамужних пациентов медианный уровень комплаенса составил



30 [27; 36] баллов. У разведенных он оказался несколько ниже — 28 [26; 31] баллов. Наиболее высокий показатель (35,5 [33; 38] баллов) зафиксирован у больных, состоявших на момент начала заболевания в браке (законном или гражданском); эта подгруппа статистически значимо отличалась от двух других ($p < 0,05$).

Уровень комплаенса в зависимости от семейного отношения к болезни пациента распределился следующим образом. В семьях с адекватным восприятием заболевания медианный балл приверженности самого пациента составил 35 [38; 33] (порядок интервала сохранен). При использовании болезни как инструмента сплочения семьи — 30 [28; 32] баллов. При неадекватных ожиданиях выздоровления — 30,5 [29; 32] балла. В случаях открытого негодования родственников по поводу наличия заболевания — 27 [25; 29] баллов. При отрицании семьей самого факта психического расстройства у пациента — 28 [25; 30] баллов. Достоверно более высокий комплаенс ($p < 0,05$) наблюдался только в подгруппе, где отношение семьи к болезни было адекватным.

Уровень приверженности также зависел от того, с кем именно проживал пациент на момент дебюта заболевания. Самый низкий комплаенс (23,5 [19; 26] балла) отмечен у одиноких больных; эта подгруппа значимо отличалась от остальных ($p < 0,05$). Низкие показатели зафиксированы также у пациентов, проживавших только с детьми (28 [26; 31] баллов) и с родственниками дальнего родства (28 [25; 30] баллов); последняя группа из-за малочисленности не подвергалась межгрупповым сравнениям. Напротив, высокий уровень приверженности наблюдался у больных, живших с родителями (34 [30; 37] балла) и с супругами (35,5 [30; 38] баллов); обе эти подгруппы значимо отличались от остальных ($p < 0,05$). Эти данные объясняются тем, что родители и супруги, будучи наиболее эмоционально вовлеченными членами семьи, берут на



себя полную или частичную заботу как о самом пациенте, так и о соблюдении им режима лечения, а также обучают его самостоятельной организации терапии. В то время как у одиноких пациентов или проживающих с дальними родственниками такая поддержка отсутствует или минимальна.

Согласно объективным критериям, пациенты с высокой приверженностью терапии демонстрируют более успешное социальное функционирование и лучшее качество жизни. Однако субъективно они предъявляют более высокий уровень запросов и испытывают меньшую удовлетворённость практически во всех жизненных областях — за исключением сферы межличностных отношений. Напротив, пациенты с низким комплаенсом объективно характеризуются сниженным социальным функционированием и худшим качеством жизни, но субъективно их уровень притязаний ниже, а степень удовлетворённости жизнью выше во всех сферах, кроме отношений с окружающими.

Клинические и социальные параметры оказывают на уровень комплаенса при шизофрении значительно более выраженное влияние, чем фармакологические факторы. Высокая приверженность лечению чаще регистрировалась у следующих категорий пациентов: женского пола; имеющих среднее специальное образование; относящихся к профессиональной группе «высококвалифицированный рабочий»; состоящих в брачных отношениях; с доминированием сенесто - ипохондрической симптоматики; госпитализирующихся с частотой один раз в год; осознающих наличие у себя психического заболевания; при адекватном отношении семьи к болезни. Низкий уровень комплаенса, напротив, чаще наблюдался у пациентов: мужского пола; не имеющих профессиональной квалификации; не состоящих в браке или семейных отношениях; с преобладанием эксплозивной симптоматики; отрицающих факт своего психического расстройства.



Заключение

Становление приверженности лечению у больных шизофренией определяется рядом внутренних факторов: особенностями субъективной картины болезни, степенью осознания своего расстройства и отношением к нему, состоянием когнитивной и эмоциональной сфер, а также используемыми механизмами психологической защиты. На комплаенс пациентов с шизофренией также влияют: уровень мотивации к терапии, качество терапевтического взаимодействия с врачом, а также принятие семьей факта болезни близкого родственника и понимание необходимости длительного лечения. Сочетание медикаментозной терапии с психообразовательными мероприятиями, информирование пациентов и их родственников о природе психического заболевания, предоставление им современных научно обоснованных данных о методах лечения, формах помощи и поддержки способствуют более глубокому пониманию болезни, её принятию и, как следствие, повышению комплаенса. Это, в свою очередь, помогает пациентам соблюдать терапевтический режим, формировать устойчивый и продуктивный союз с врачом, поддерживать стабильность состояния, улучшать качество жизни и достигать поставленных перед собой жизненных целей.

Рассмотренный круг вопросов подчёркивает центральную роль двух факторов, необходимых для обеспечения оптимальной приверженности терапии. Оба этих фактора относятся к сфере коммуникативных стратегий: во-первых, это качественные доверительные отношения между врачом и пациентом; во-вторых, предоставление доступной вербальной информации — как самому больному, так и его близкому окружению (родственникам). Оба указанных компонента должны присутствовать на постоянной основе в процессе лечения пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами.



Источники и литература / Sources and references:

1. Аведисова, А.С. (2000). Влияние терапии на комплаенс больных шизофренией. Российский психиатрический журнал, 4(2), 67–71.
2. Бугрова, Е.И. (2007). Факторы, влияющие на приверженность лечению больных шизофренией. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова, 107(8), 72–78.
3. Давыдов, Д.С. (2008). Терапевтическое сотрудничество и комплаенс в психиатрии. Психиатрия и психофармакотерапия, 10(4), 52–56.
4. Лукина, Ю.В., & Марцевич, С.Ю. (2016). Тест Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, исправление ошибок. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии, 12(1), 63–65.
5. Лутова, Н.Б., Борцов, А.В., Вукс, А.Я., & Вид, В.Д. (2007). Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева, 14(3), 45–49.
6. Семенова, Н.Д. (2016). Проблема комплаенса в психиатрии: системный подход. Социальная и клиническая психиатрия, 26(2), 85–91.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭМПАТИИ И ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Эргашова К. М., Колисниченко Н. А.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель: канд. ист. наук, доцент Г.В. Акименко

Аннотация. В статье представлен теоретический анализ и обобщение результатов эмпирических исследований, посвященных проблеме взаимосвязи эмпатии и личностных свойств обучающихся в системе медицинского



образования. Эмпатия рассматривается как ключевая профессионально значимая компетенция медицинского работника, обеспечивающая эффективность коммуникации в диаде «врач-пациент» и качество оказываемой медицинской помощи. На основе анализа современных отечественных и зарубежных исследований выявлены устойчивые корреляционные связи между уровнем эмпатии и такими личностными свойствами, как добросовестность, альтруизм, нейротизм, экстраверсия, а также установками мотивационно-потребностной сферы. Особое внимание уделяется факторам, влияющим на динамику эмпатийных способностей в процессе профессиональной подготовки, включая явление социального отвержения и психической боли. Полученные данные обосновывают необходимость целенаправленного психолого-педагогического сопровождения развития эмпатии у студентов медицинских специальностей с учетом их индивидуально-личностных особенностей.

Ключевые слова: эмпатия, личностные свойства, медицинское образование, студенты-медики, добросовестность, альтруизм, профессиональная компетентность, психолого-педагогическое сопровождение.

RESEARCH OF THE INTERRELATIONSHIP OF EMPATHY AND PERSONAL PROPERTIES IN THE CONTEXT OF MEDICAL EDUCATION

Ergashova K. M., Kolisnichenko N. A.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific adviser – G.V. Akimenko

Abstract. The article presents a theoretical analysis and generalization of the results of empirical studies on the relationship between empathy and the personal characteristics of students in the medical education system. Empathy is considered as a key professional competence of a medical professional, ensuring the effectiveness of



communication in the doctor-patient dyad and the quality of medical care provided. Based on the analysis of modern domestic and foreign studies, stable correlations have been identified between the level of empathy and such personality traits as conscientiousness, altruism, neuroticism, extroversion, and motivational and need-related attitudes. Special attention is paid to the factors that influence the dynamics of empathic abilities during professional training, including the phenomenon of social rejection and mental pain. The obtained data justify the need for targeted psychological and pedagogical support for the development of empathy in medical students, taking into account their individual personality characteristics.

Keywords: empathy, personality traits, medical education, medical students, conscientiousness, altruism, professional competence, psychological and pedagogical support.

Введение

В условиях реформирования системы медицинского образования и повышения требований к качеству оказания медицинской помощи особую значимость приобретает проблема формирования социально-психологических компетенций будущих медицинских работников. Компетентностный подход, закрепленный в Федеральных государственных образовательных стандартах, акцентирует внимание не только на предметных знаниях и умениях, но и на личностных качествах специалиста, обеспечивающих эффективное взаимодействие с пациентами [1].

Эмпатия традиционно рассматривается в психологической науке как способность личности к сопереживанию, пониманию эмоционального состояния другого человека, к децентрации и сострадательной заботе. В контексте медицинской деятельности эмпатия выступает не просто желательным личностным качеством, а профессионально значимым свойством, влияющим на



терапевтический альянс, удовлетворенность пациентов и, в конечном счете, на эффективность лечения [2, 3].

Вместе с тем, эмпатия не существует изолированно - она органично включена в структуру личности, взаимосвязана с другими личностными свойствами и мотивационно-потребностной сферой. Понимание характера этих взаимосвязей приобретает особую актуальность в контексте медицинского образования, поскольку позволяет не только прогнозировать успешность профессиональной деятельности обучающихся, но и разрабатывать адресные программы психолого-педагогического сопровождения.

Цель исследования: изучить уровень развития эмпатии у студентов, получающих медицинское образование.

Метод исследования: в ходе исследования нами был определен набор методик, с помощью которых мы предполагали выявить уровень эмпатии.

Этот набор составили следующие методики:

- Тест эмпатийного потенциала личности (И.М. Юсупов). Приняли участие 20 человек.

- Методика диагностики уровня эмпатических способностей (В. В. Бойко). Приняли участие 30 человек.

Тест эмпатийного потенциала личности (И.М. Юсупов). В опроснике 36 утверждений, по каждому из которых испытуемый должен оценить степень своего согласия с ним.

Испытуемому выдается ответный лист. Зачитывается инструкция: «Прочитайте приведенные ниже утверждения и, ориентируясь на то, как вы ведете себя в подобных ситуациях, выразите степень своего согласия или несогласия с каждым из них. В опроснике 36 утверждений, каждый из которых имеет 6 вариантов ответов: «не знаю», «никогда или нет», «иногда», «часто», «почти всегда», «всегда или да».



Обработка проводится в соответствии с ключом. За каждый ответ присваивается 0, 1, 2, 3, 4 или 5 балла, затем, путем суммирования, подсчитывается общий балл по свойству эмпатии. Степень выраженности эмпатии определяется по таблице пересчета баллов в стандартные оценки шкалы стенов.

Методика диагностики уровня эмпатических способностей (В. В. Бойко) проводилась для того, чтобы определить, в какой мере развит один из параметров эмпатии. Данная методика состоит из 36 вопросов, по поводу которых следует выразить свое согласие или несогласие, то есть ответить «да» или «нет». Отвечать нужно быстро, не тратя времени на размышление. Ответы заносятся в специальный бланк.

После проведения тестирования подсчитывается число правильных ответов, соответствующих «ключу», по каждой шкале, а затем определяется суммарная оценка. Оценки по каждой шкале могут варьироваться от 0 до 6 баллов и указывают на значимость конкретного параметра в структуре эмпатии. В. В. Бойко выделяет 6 таких параметров: рациональный канал эмпатии; эмоциональный канал; интуитивный канал; установки, способствующие или препятствующие эмпатии; проникающая способность в эмпатии, идентификация в эмпатии.

Результаты и их обсуждение

Эмпатия – это осознанное сопереживание другому человеку в его эмоциональном состоянии.

Определения эмпатии охватывают широкий спектр социальных, когнитивных и эмоциональных процессов, в первую очередь связанных с пониманием других (и, в частности, эмоций других) [4].

Понятие эмпатии используется для обозначения широкого спектра психологических способностей, которые считаются центральными для



формирования людей как социальных существ, позволяющих нам знать, что думают и чувствуют другие люди, эмоционально взаимодействовать с ними, делиться своими мыслями и чувствами и заботиться об их благополучии бытия.

Различают три вида эмпатии:

- эмоциональную эмпатию, основанную на механизмах проекции и подражания моторным и аффективным реакциям другого человека;
- когнитивную эмпатию, базирующуюся на интеллектуальных процессах (сравнение, аналогия и т.д.);
- предикативную эмпатию, проявляющуюся как способность человека предсказывать аффективные реакции другого в конкретных ситуациях.

Функции эмпатии.

- 1) выполняет коммуникативные, социально-перцептивные функции в процессе общения;
- 2) опосредует личностное развитие участников общения — снимает эмоциональный стресс, помогает субъекту эмпатии ориентироваться в ситуации и адаптироваться к партнеру по взаимодействию;
- 3) способствует подтверждению, самораскрытию, поддержке и облегчению страданий объекта эмпатии;
- 4) выполняет функцию сдерживания агрессии личности, если она имеет высокий уровень развития.

Если уровень развития эмпатии отличается примитивностью, субъект не способен к эмоциональному отклику на переживания других, не способен прогнозировать действия другого и распознавать его эмоциональные состояния, то эмпатия теряет функцию предотвращения агрессии. В этом случае она бессильна [4].

Медицина является той сферой деятельности человека, где преобладают отношения в системе «человек-человек». Больные ждут от медицинского



персонала сочувствия, заботливости, что требует проявления эмпатийности. Поэтому считается, что в медицину, как и в другие социэкономические профессии, должны идти люди, умеющие работать в системе «человек-человек». Процессуальное содержание их деятельности заключается в том, что постоянно надо входить и находиться в состоянии субъекта, с которым осуществляется совместная деятельность. [1]

Эмпатия медицинского работника помогает лучше прочувствовать состояние пациента. Он должен всегда предусмотреть различные возможности развития заболевания и не считать неблагодарностью, неохотой лечиться или даже личным оскорблением со стороны больного, если состояние здоровья пациента ни улучшается [3].

В диапазон коммуникативной компетентности будущего врача входят умения:

- 1) «читать» и расшифровывать состояние больного по мимике, экспрессии, движению его глаз;
- 2) анализировать внешнее поведение человека;
- 3) изменять собственную систему общения в связи с изменениями в выразительном поведении больного.

Эти умения необходимо развивать у студентов в процессе профессиональной подготовки с помощью системы упражнений, направленных на овладение сложными коммуникативными умениями, входящими в состав коммуникативной компетентности. Знание логических основ различных видов общения является важнейшим условием эффективности будущей профессиональной деятельности студентов. Процесс обучения студентов-медиков профессиональному вербальному общению предполагает: овладение научно обоснованным и обобщенным практическим опытом коммуникативной



деятельности; развитие умений и навыков находить индивидуальный подход к каждому больному [2].

Анализ результатов методики диагностики уровня эмпатических способностей В. В. Бойко позволил нам определить преобладающий параметр эмпатии.

На 30 человек пришлось 180 ответов по каждой из шкал, результаты приведены в рисунке 1.

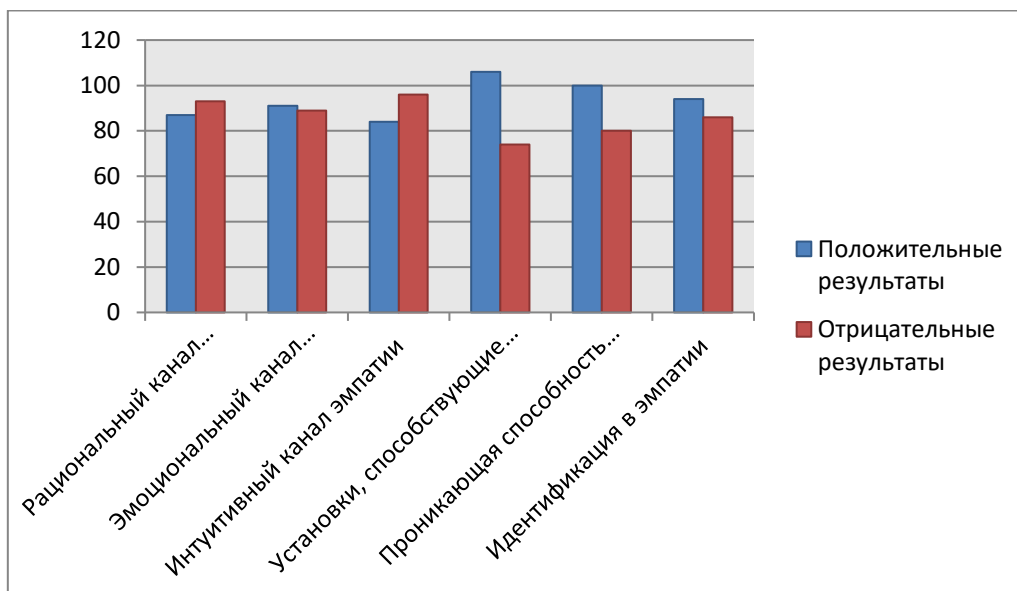


Рис 1. - Результаты диагностики эмпатических способностей респондентов по методике В.В. Бойко

У 16 % испытуемых высокие показатели по шкале эмоциональный канал эмпатии, 15 % - интуитивный, 17 % - идентификация, 15 %- рациональный канал эмпатии, 19 % - установки, 18% - проникающая способность.

Рациональный канал эмпатии характеризует направленность внимания, восприятия и мышления человека на понимание сущности любого другого человека, на его состояние, проблемы и поведение.



Эмоциональный канал эмпатии фиксирует способность эмпатирующего входить в эмоциональный резонанс с окружающими – сопереживать, соучаствовать. Понять внутренний мир другого человека, прогнозировать его поведение и эффективно воздействовать можно только в случае, если произошла энергетическая подстройка к партнеру. Соучастие и сопереживание играет роль связующего звена между людьми.

Интуитивный канал эмпатии позволяет человеку предвидеть поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о них, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании.

Установки, способствующие или препятствующие эмпатии. Эффективность эмпатии снижается, если человек старается избегать личных контактов, считает неуместным проявлять любопытство к другой личности, убедил себя спокойно относиться к переживаниям и проблемам окружающих. Подобные умозрения резко ограничивают диапазон эмоциональной отзывчивости и эмпатического восприятия.

Проникающая способность в эмпатии расценивается как важное коммуникативное свойство человека, позволяющее создавать атмосферу открытости, доверительности, задушевности. Расслабление партнера содействует эмпатии, а атмосфера напряженности, неестественности, подозрительности, препятствует раскрытию и эмпатическому постижению.

Идентификация в эмпатии – важное условие успешной эмпатии. Это умение понять другого на основе сопереживаний, постановки себя на место партнера. В основе идентификации – легкость, подвижность и гибкость эмоций, способность к подражанию.

Тест эмпатийного потенциала личности (И.М. Юсупов). Методика позволяет исследовать - эмоциональный отклик человека на переживания других



людей, проявляющийся в сопереживании (идентификация с другим) и в сочувствии (отношение к другим).



Рис. 2. - Результаты тестирования по методике И.М. Юсупова

Результаты рассчитываются по 6 шкалам.

Таблица 1.

Результаты тестирования по методике И.М. Юсупова

Шкала		Уровень эмпатии
Номер	Название	
I	Эмпатия с родителями	Очень высокий
II	Эмпатия с животными	Высокий
III	Эмпатия со стариками	Средний
IV	Эмпатия с детьми	Высокий
V	Эмпатия с героями художественных произведений	Низкий



VI	Эмпатия с незнакомыми или малознакомыми людьми	Средний

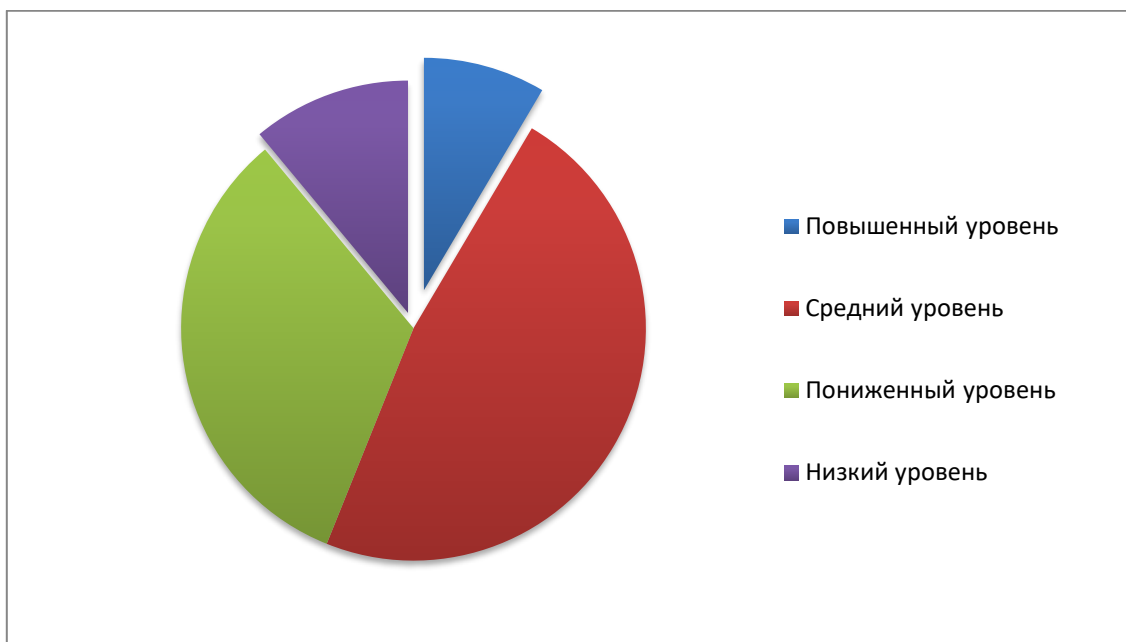


Рис 3. - Общий результат тестирования респондентов по методике И.М. Юсупова.

Анализ результатов по тесту эмпатийного потенциала личности (И.М. Юсупов) показал, что 41,4 % студентов имеют средний уровень эмпатии, 28,6 % - пониженный, 9,6% - низкий, 7,4 % - повышенный уровень эмпатии.

Заключение

Анализ теоретико-методологических подходов позволил определить, что эмпатия выступает важнейшим компонентом личности медицинского работника.

Результаты тестирования показывают, что основная масса будущих врачей (10 человек) имеют высокую степень проявления эмпатии, 8 человека имеют



среднюю степень и 2 низкую. Респондентов, не имеющих эмпатийных качеств, не найдено. Основная масса опрошенных имеют высокий уровень эмпатийных качеств, однако это недостаточный результат для людей одной из самых гуманных профессий.

Если уровень развития эмпатии отличается примитивностью, субъект не способен к эмоциональному отклику на переживания других, не способен прогнозировать действия другого и распознавать его эмоциональные состояния, то эмпатия теряет функцию предотвращения агрессии, в этом случае она бессильна.

Источники и литература / Sources and references:

1. Богачева О.Ю. Эмпатия как профессионально важное качество врача (на примере врачей терапевтов и врачей хирургов): дисс. ... канд. психол. наук. Ярославль. 2014. 168 С. Бурно М.Е. О самом главном в клинической классической психотерапии (ККП) // Психотерапия. 2011. № 1. С.17-23.

2. Культурно-образовательное пространство вуза как перспективная модель воспитания // Акименко Г.В., Асанов С.А., Ведерникова А.В., Головки О.В., Гукина Л.В., Игишева Л.Н., Ким А.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Марьина М.Г., Мехова Г.А., Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Степанова М.Г., Сумбаев Е.А., Тарасова О.Л., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В. и др. Москва, 2024. – 269 с.

3. Катрунов, В.А. Этические аспекты отношений врача и пациента в современной системе Российского здравоохранения // Бюллетень медицинских интернет-конференций, 2016. - Т. 6. - Вып. 1. – С. 203-204.

4. Гаврилова Т.П. Эмпатия как специфический способ познания человека человеком // Теоретические и прикладные проблемы психологии познания людьми друг друга. - Краснодар, 1975. - 128 с.



ИСКУССТВО КАК КЛЮЧ К ИЗМЕНЕНИЮ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ

Юдин С. А.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В рассматривается потенциал арт-терапии как метода коррекции временной перспективы личности. Особое внимание уделяется концепции временной перспективы (К. Левин, Ф. Зимбардо, Ж. Нюттен), согласно которой интеграция прошлого, настоящего и будущего определяет открытость личности и её способность к развитию. На основе этих теоретических положений предлагаются три оригинальные арт-терапевтические методики для работы со студенческой аудиторией: «Кинцуги прошлого» (трансформация негативного опыта прошлого в ресурс), «Сдвиг гедонизма» (переход от гедонистической ориентации настоящего к конструктивному целеполаганию) и «Диалог с будущим Я» (формирование позитивного образа будущего через маски и драматерапию). Опираясь на постулаты философской антропологии, трактующей человеческое существование как «бытие-в-мире», феноменологическая традиция ставит во главу угла субъективный опыт личности и его рефлексивную постижимость сознанием. Подобный взгляд предполагает, что субъект располагает возможностью не только пассивно реагировать на давление внешних факторов, но и выступать в роли активного деятеля: он способен к сознательной перцепции себя и другого, к целенаправленной внутренней трансформации, равно как и к преобразованию наличной действительности взамен простого адаптационного приспособления к ней.



Ключевые слова: временная перспектива, искусство, нейроэстетика, хронотоп, арт-терапия, изменение временных установок, Зимбардо.

ART AS A KEY TO CHANGING TIME PERSPECTIVE

Yudin S. A.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Abstract. The potential of art therapy as a method of correcting a person's time perspective is considered. Special attention is paid to the concept of time perspective (K. Levin, F. Zimbardo, J. Nutten), according to which the integration of the past, present and future determines the openness of a personality and its ability to develop. Based on these theoretical provisions, three original art-therapeutic techniques are proposed for working with student audiences: «Kintsugi of the Past» (transformation of negative experience of the past into a resource), «Shift of Hedonism» (transition from a hedonistic orientation of the present to a constructive goal-setting) and «Dialogue with the Future Self» (formation of a positive image of the future through masks and drama therapy). Based on the principles of philosophical anthropology, which interprets human existence as «being-in-the-world» the phenomenological tradition emphasizes the subjective experience of the individual and its reflective comprehension by the mind. This perspective suggests that the subject has the ability not only to passively respond to external influences, but also to act as an active agent, capable of consciously perceiving themselves and others, undergoing purposeful internal transformations, and transforming the existing reality instead of simply adapting to it.

Keywords: time perspective, art, neuroaesthetics, chronotope, art therapy, changing time attitudes, Zimbardo.



Введение

В нашей стране системная арт-терапевтическая практика, ориентированная на такие уязвимые категории населения, как подростки из групп социального риска, лица с ограниченными возможностями здоровья (инвалидностью), пострадавшие в результате террористических атак и иные целевые группы, получила распространение лишь в последние полтора десятилетия. Ведется активная разработка специализированных программ, предполагающих реализацию вариативных проектных инициатив. Тем не менее, практикующие в указанной сфере специалисты по-прежнему испытывают дефицит фундаментальной подготовки в области теории и методики различных видов изобразительного и прикладного творчества, что необходимо для эффективного осуществления арт-терапевтического вмешательства. При построении модели коррекционно-развивающих занятий следует принимать во внимание, что на современном этапе доминирующей тенденцией выступает комплексная интеграция и синтез множественных форм художественной экспрессии в рамках единого терапевтического процесса.

Обозначенная тенденция объясняется тем, что смена вектора художественной деятельности в условиях коллективного взаимодействия способствует обнаружению ранее неочевидных аспектов сформированных визуальных конструкторов, интенсификации их эстетического влияния на субъекта, а также инициации эмоционально насыщенного диалога с порожденными образами. Указанный переход от одного модуса творчества к другому может носить как запрограммированный сценарием встречи, так и спонтанный характер, однако в каждом из случаев он зачастую выступает своеобразным прологом к последующей активности с включением компонентов перформативного действия [2]. Следует подчеркнуть, что в ходе коллективной изотерапевтической сессии (арт-терапевтической работы с применением



инструментария изобразительного искусства) нередко актуализируются динамические паттерны, типологически сходные с теми, что наблюдаются в структуре драматерапевтического процесса [1].

Временная перспектива личности.

Категория времени, специфика его течения и особенности перцепции выступали предметом научной рефлексии в рамках философского, теологического, физического, астрономического, биологического, психологического и исторического дискурсов. Все без исключения сферы человеческого бытия и феномены окружающей действительности немыслимы вне темпорального континуума. Любые процессы, сопряженные с движением, когнитивной активностью или трансформацией, имплицитно включены в ткань временных отношений.

В трудах Ж. Нюттена будущее трактуется как проективное поле, детерминированное воображением субъекта, его аксиологическими ориентирами, целевой направленностью, особенностями мыслительной деятельности и уровнем личностных амбиций. Интеграция психологического прошлого, актуального настоящего и антиципируемого будущего образует целостный конструкт, обозначаемый как временная перспектива личности. Дефицит означенной перспективы приводит к замыканию и рестрикции индивида в границах сиюминутного момента. Напротив, сформированная временная перспектива обуславливает открытость субъекта по отношению как к ретроспективному опыту, так и к грядущим возможностям [3, 4].

М. Р. Гинзбургом была осуществлена концептуализация функциональной нагрузки компонентов психологического времени. Согласно его воззрениям, психологическое прошлое не только задает траекторию личностного становления, но и способно выступать фактором, блокирующим актуальное развитие субъекта. Характер предшествующего опыта детерминирует



модальность оценки грядущих событий, варьирующуюся в диапазоне от оптимистических до пессимистических прогнозов. Опираясь на ресурс прошлого, психологическое настоящее, в свою очередь, конституирует направленность развития будущего. Психологическое же будущее наделяет настоящее смысловой значимостью и аксиологическим весом, аккумулируя в себе квинтэссенцию человеческих целевых установок, интенций и устремлений [3. 5].

В числе прочих характеристик субъективно переживаемого психологического времени следует обозначить его эмоциональную тональность. В трудах Ф. Зимбардо дифференцируются негативная и позитивная модальности темпорального восприятия. Позитивная либо негативная окрашенность прошлого выступает индикатором степени его личностного приятия, при котором любой приобретенный опыт интегрируется в качестве ресурса для последующего развития. Негативная же оценка минувшего провоцирует у индивида чувства неприязни и отвержения, маркируя уровень диссоциации с данным временным пластом.

Применительно к психологическому настоящему Ф. Зимбардо были эксплицированы два полярных измерения: фаталистическое и гедонистическое. Фаталистический модус репрезентирует убежденность субъекта в тотальной детерминированности текущих событий экстермальными обстоятельствами и их независимости от личных интенций и волеизъявления. Гедонистический же модус манифестирует себя в ориентации на извлечение сиюминутного удовольствия и выраженной дистанцированности от содержания как прошлого, так и будущего опыта.

В концептуальной схеме Ф. Зимбардо будущее репрезентировано единственным измерением - генерализованной направленностью на грядущее,



находящей свое выражение в наличии у субъекта оформленных целей, желаний и плановых проекций.

Термин «временная перспектива» введен Л. К. Франком для описания системы представлений человека о психологическом времени. К. Левин дал ему теоретическое обоснование, рассматривая как интеграцию прошлого, настоящего и будущего в едином поле. [4].

Феномен синхронизации темпоральных локусов может быть охарактеризован как специфическая модальность личностного бытия, в границах которой актуальное смысловое состояние выполняет регулятивную функцию в отношении процессов интеграции субъекта с окружающей действительностью. Данный механизм фундирует дифференциацию между объективно данной реальностью и ее субъективно переживаемым образом. Достижение синхронизации временных модусов способствует формированию более адекватной и реалистичной оценки текущего момента, что обеспечивается установлением функциональных взаимосвязей между локусами ретроспективы, актуального настоящего и антиципируемого будущего [7; 8].

Нами предлагается комплекс методических инструментов, направленных на коррекцию временной перспективы личности и гармонизацию отношений человека с психологическим прошлым, настоящим и будущим:

«Кинцуги прошлого» как способ трансформации негативной оценки прошлого в ресурсный фундамент будущего: Методика «Кинцуги прошлого» представляет собой структурированную арт-терапевтическую технику, направленную на коррекцию временной перспективы личности посредством изменения субъективного отношения к негативно окрашенным событиям психологического прошлого. Теоретическим основанием методики выступают положения концепции временной перспективы Ф. Зимбардо, согласно которым негативная оценка прошлого времени вызывает у личности чувство неприязни и



отвращения, отражая степень неприятия этого периода собственной жизни, что в свою очередь блокирует возможность использования прошлого опыта в качестве опоры для конструирования будущего.

Методика также опирается на представления К. Левина о временной перспективе как интеграции прошлого опыта и представлений о будущем в актуальный момент настоящего. Метафорическим и технологическим ядром методики выступает японское искусство кинцуги — реставрации разбитой керамической посуды с подчеркиванием швов драгоценным металлом, что превращает трещины и сколы из дефектов в уникальные достоинства изделия.

Процедура методики включает пять последовательных этапов, каждый из которых решает специфическую терапевтическую задачу. На первом этапе участнику предлагается обратиться к автобиографической памяти и актуализировать одно или два события прошлого, которые до настоящего времени вызывают устойчивые переживания сожаления, стыда или вины и субъективно воспринимаются как неудачи или травматический опыт. Важным условием данного этапа является сознательный выбор именно тех воспоминаний, которые продолжают оказывать негативное влияние на самооценку и поведение личности в настоящем.

На втором этапе осуществляется перевод выбранных воспоминаний в визуальную форму: участник создает коллаж с использованием вырезок из журналов либо абстрактный рисунок, отражающий эмоциональное содержание травмирующего события. Выбор техники - коллаж или рисунок - определяется индивидуальными предпочтениями участника и степенью его готовности к прямой или метафорической репрезентации болезненного материала.

На третьем этапе участнику предлагается совершить действие, символически отражающее переживание утраты целостности: собственноручно разорвать созданное изображение на несколько фрагментов. Данное действие



позволяет легитимизировать переживание боли и разрушения, связанное с воспоминанием, и одновременно создает предпосылки для последующей интеграции.

Четвертый этап является центральным с точки зрения когнитивной переработки и смысловой реконструкции прошлого опыта. Участник получает набор небольших стикеров или полосок бумаги, на которых ему предлагается написать конкретные качества личности, навыки, компетенции, знакомства, жизненные уроки или иные позитивные приобретения, которые стали прямым или косвенным следствием пережитого события. С помощью этих стикеров, выполняющих функцию соединительных элементов, участник склеивает разорванные фрагменты изображения в единую композицию.

Таким образом, в визуальной и символической форме утверждается идея о том, что именно травматический разрыв создал пространство для возникновения новых личностных ресурсов, а само событие прошлого парадоксальным образом обогатило жизненный опыт. На пятом, завершающем этапе участнику предлагается нанести золотую или серебряную краску на линии соединения фрагментов, акцентируя швы и превращая их в центральный эстетический элемент композиции. Данное действие закрепляет трансформацию восприятия прошлого: трещины и разрывы перестают быть скрываемыми дефектами биографии и становятся видимым свидетельством устойчивости, способности к восстановлению и уникальности жизненного пути личности.

Рефлексивная часть методики включает обсуждение переживаний, возникших на каждом из этапов, с акцентом на сопоставлении первоначального негативного аффекта, связанного с воспоминанием, и финального переживания ценности и осмысленности полученного опыта.

Методика способствует изменению эмоциональной окраски психологического прошлого с негативной на позитивную или амбивалентно-



принимающую, что создает условия для интеграции прошлого опыта в целостную временную перспективу и высвобождает личностные ресурсы для планирования и достижения целей в будущем.

«Сдвиг гедонизма». Методика представляет собой динамическую арт-терапевтическую технику, основанную на синтезе изобразительного искусства и элементов перформанса. Теоретическим основанием методики выступает концепция временной перспективы Ф. Зимбардо, в частности представление о гедонистическом аспекте настоящего, который выражается в стремлении личности к получению удовольствия в актуальный момент времени при одновременной отстраненности от событий прошлого и будущего. Целью методики является трансформация дезадаптивного гедонизма, проявляющегося в прокрастинации и избегании ответственности, в конструктивную ориентацию на будущее, подкрепленную позитивным эмоциональным опытом настоящего.

Для реализации методики используется рулон крафтовой бумаги или старых обоев длиной не менее двух метров, расстеленный на полу и символически обозначающий «дорогу времени». Участнику предоставляются широкая кисть и гуашь или акриловые краски. На начальном этапе участник располагается у начала бумажного полотна и в быстром, экспрессивном темпе наносит мазки, отражающие его текущее психоэмоциональное состояние, ассоциирующееся с рутинной, усталостью или прокрастинацией. Данный этап символизирует актуальное переживание настоящего, зачастую окрашенное фаталистическим восприятием собственной неспособности влиять на события.

На втором этапе включается динамичная музыкальная композиция, задающая ритм движения, и участник получает новую емкость с краской иного, сознательно выбранного им цвета, который субъективно ассоциируется с желаемым будущим состоянием — продуктивностью, вдохновением или успехом. Двигаясь шаг за шагом вдоль бумажного полотна, участник наносит



новые слои краски поверх предыдущих, постепенно перекрывая первоначальное изображение и формируя новые визуальные структуры, устремленные к противоположному концу рулона. Завершающим аккордом перформанса становится нанесение четкого отпечатка собственной ладони в конечной точке «дороги времени», что символизирует авторство и ответственность личности за конструирование собственного будущего. В процессе рефлексии обсуждается переживание перехода от хаотичной экспрессии настоящего к осознанному формированию образа будущего, а также телесное ощущение движения во времени, которое способствует синхронизации временных локусов и снижению тревоги перед неопределенностью.

«Диалог с будущим Я». Техника «Диалог с будущим Я» интегрирует методы арт-терапии и драматерапии, опираясь на теоретические положения М. Андерсен-Уоррен и Р. Грейнджер о терапевтическом потенциале драматической проекции, а также на концепцию временной перспективы К. Левина, согласно которой будущее существует в психологическом поле личности как совокупность ожиданий, целей и фантазий, оказывающих непосредственное влияние на поведение в настоящем. Методика направлена на снижение тревоги перед будущим, преодоление страха неудачи и формирование позитивной временной ориентации через присвоение ресурсной идентичности, проецируемой в отдаленное будущее.

Материалами для работы служат бумажные одноразовые тарелки, цветные шерстяные нити, фольга, маркеры, клей и деревянная палочка-держатель. Участнику предлагается создать маску, которая будет олицетворять не его нынешний образ, а проекцию собственной личности спустя значительный временной промежуток, например, через десять лет, в ситуации успешной реализации значимых жизненных целей и достижения состояния самоактуализации. В процессе изготовления маски акцент делается на



невербальном, интуитивном выборе выразительных средств: формы глаз, характера линии рта, цветовой гаммы и фактуры дополнительных элементов, таких как волосы из нитей или детали из фольги, символизирующие мудрость, уверенность или внутренний свет.

После завершения визуального образа проводится драматерапевтическая сессия, в ходе которой участник надевает маску или удерживает ее перед лицом и от первого лица отвечает на вопросы психотерапевта, касающиеся обстоятельств достигнутого успеха, преодоленных препятствий и советов, которые «будущий Я» мог бы дать себе сегодняшнему. Данный диалог позволяет участнику занять метапозицию по отношению к актуальным трудностям и переживаниям, увидеть их в более широкой временной перспективе и присвоить ощущение внутренней уверенности, транслируемое созданным образом. По завершении сессии маска остается у участника в качестве материального арт-объекта, выполняющего функцию визуального якоря, актуализирующего ресурсное состояние и позитивный образ будущего в моменты сомнений в повседневной жизни.

Заключение

Охарактеризованные выше методические инструменты нуждаются в дальнейшей эмпирической верификации с целью установления степени их результативности в контексте коррекции временной перспективы личности. Вместе с тем, арт-терапия в целом может рассматриваться как перспективный подход к решению обозначенной проблемы, применимый как в качестве автономного метода воздействия, так и в синергии с иными терапевтическими модальностями. Подобный потенциал обусловлен способностью арт-терапевтического процесса фасилитировать осознание и экспрессию эмоциональных состояний, актуализировать мотивационные ресурсы,



стимулировать дивергентное мышление, оптимизировать аффективный фон, а также способствовать редукции стрессогенных переживаний.

Источники и литература / Sources and references:

1. Андерсен-Уоррен, М. Драматерапия [Текст] /М. Андерсен-Уоррен, Р. Грейнджер. – СПб.: Питер, 2001. – 288 с.
2. Арт-терапия в эпоху постмодерна [Текст] /под ред. А. И. Копытина. – СПб.: Речь; Семантика-С, 2002. – С. 105–118.)
3. Вечканова Е. М. Особенности временной перспективы личности при различных типах актуального смыслового состояния / Е. М. Вечканова, Ю. Ю. Неяскина // Вестник КРАУНЦ. Серия «Гуманитарные науки». 2011. № 2 (18). С. 168–178.
4. Вязовова Н. В. Временная перспектива будущего и проблема ее проектирования в юношеском возрасте / Н. В. Вязовова, В. М. Толстошеина // Человек. Общество. Инклюзия. 2016. № 1 (25). С. 135–147.
5. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. - 2-е издание изд. – СПб.: Издательский Дом ПИТЕР, 2000. - 944 с.
6. Куликова С. С. Самоорганизация во внеаудиторной работе студентов в условиях информатизации / С. С. Куликова, Т. Н. Носкова // Вестник университета: Теоретический и научно-методический журнал. 2012. № 13. С. 290–296.
7. Серый А. В. Темпоральные аспекты актуализации смысловых граней субъективных образов переживания кризиса идентичности в период юности / А. В. Серый, Е. М. Вечканова // Вестник Кемеровского государственного университета. 2015. № 3. Т. 3. С. 238–247.
8. Яницкий М. С. Особенности временной перспективы личности представителей различных ценностных типов массового сознания /



М. С. Яницкий, А. В. Серый, О. А. Проконич // Вестник Краунц (Серия: Гуманитарные науки). 2012. № 2(20). С. 175–180.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВЫЗОВЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ
С КОМОРБИДНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ЗАВИСИМОСТЯМИ:
АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ**

Яковлев А. С.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Коморбидность туберкулеза (ТБ) и зависимостей (алкогольной, наркотической) представляет собой серьезную клиническую и социальную проблему, ассоциированную с низкой приверженностью лечению, высокими показателями летальности и распространенностью лекарственно-устойчивых форм заболевания. В данном аналитическом обзоре рассматриваются основные психологические вызовы, возникающие при ведении пациентов с двойной патологией, включая стигматизацию, низкую мотивацию, когнитивные искажения и терапевтический пессимизм медицинского персонала. Особое внимание уделяется барьерам доступа к психиатрической помощи, психофармакологическим взаимодействиям и ограничениям существующих организационных моделей. На основе анализа актуальных исследований предлагаются практические подходы к преодолению выявленных затруднений, включая интеграцию краткосрочных психотерапевтических интервенций в работу среднего медицинского персонала и реорганизацию маршрутизации пациентов.

Ключевые слова: туберкулез, зависимость, коморбидность, приверженность лечению, психологические барьеры, мотивационное консультирование



**PSYCHOLOGICAL CHALLENGES IN THE TREATMENT OF PATIENTS
WITH COMORBID TUBERCULOSIS AND ADDICTIONS:
ANALYSIS OF THE PROBLEM AND SOLUTIONS**

Yakovlev A. S.

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

Abstract. The comorbidity of tuberculosis (TB) and addictions (alcohol, drug) is a serious clinical and social problem associated with low adherence to treatment, high mortality rates and prevalence of drug-resistant forms of the disease. This analytical review examines the main psychological challenges arising in the management of patients with dual pathology, including stigmatization, low motivation, cognitive distortions and therapeutic pessimism of medical staff. Special attention is paid to barriers to access to psychiatric care, psychopharmacological interactions and limitations of existing organizational models. Based on the analysis of current research, practical approaches to overcome the identified difficulties are proposed, including the integration of short-term psychotherapeutic interventions into the work of nursing staff and the reorganization of patient routing.

Keywords: tuberculosis, addiction, comorbidity, treatment adherence, psychological barriers, motivational counseling

Введение

Туберкулез остается одной из ведущих причин смертности от инфекционных заболеваний в мире. Особую тревогу вызывает ситуация с лекарственно-устойчивым туберкулезом (МЛУ-ТБ): по данным ВОЗ, лишь 55% пациентов с данной формой завершают полный курс лечения. Один из ключевых факторов, ассоциированных с неблагоприятными исходами, — коморбидное расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ (ПАВ).



Частота выявления зависимостей среди пациентов ТБ-стационаров варьирует от 30 до 70% в зависимости от региона и популяции.

Коморбидность ТБ и зависимости создает уникальный клинический феномен, который нельзя рассматривать как простое суммирование двух патологий. Психические и поведенческие расстройства, сопровождающие зависимость, существенно изменяют течение инфекционного процесса, снижают комплаенс и утяжеляют прогноз. В то же время традиционная система оказания помощи остается фрагментированной: фтизиатрические службы редко интегрированы с наркологическими, а психологические потребности пациентов остаются вне поля зрения.

Цель настоящего исследования — систематизировать психологические вызовы, возникающие при лечении данной категории пациентов, проанализировать их структурные и клинические детерминанты и предложить пути преодоления, основанные на данных доказательной медицины.

Эпидемиология и клиническая значимость проблемы

Взаимосвязь между туберкулезом и психическими расстройствами, включая зависимость, носит двунаправленный характер. Как отмечают Doherty и соавторы (2013), общие факторы риска (бездомность, ВИЧ-инфекция, миграция, злоупотребление алкоголем) создают условия для высокой частоты коморбидности. В обзоре указывается, что распространенность психических расстройств среди пациентов с туберкулезом может достигать 70%, при этом значительная доля приходится на расстройства, связанные с употреблением ПАВ.

Особенностью данной коморбидной пары является взаимное отягощение. Активный туберкулез у лиц с зависимостью чаще протекает с бактериовыделением, формированием лекарственной устойчивости и деструктивными формами. В свою очередь, интоксикация и абстинентные



состояния маскируют симптомы туберкулезной интоксикации, что приводит к поздней диагностике.

С клинической точки зрения выделяют три основные группы психологических вызовов, требующих отдельного анализа:

1. Барьеры доступа к медицинской помощи (на уровне пациента и системы)
2. Нарушения приверженности лечению (связанные с психопатологическими и когнитивными факторами)
3. Психофармакологические взаимодействия и ятрогенные психические нарушения

Барьеры доступа к помощи: стигма, мотивация и структурные ограничения

Одним из наиболее значимых психологических вызовов является проблематика доступа к медицинским услугам для пациентов с двойной патологией. В таблице 2 недавнего систематического обзора (2024) представлена многоуровневая модель барьеров, которые можно экстраполировать на рассматриваемую группу.

Туберкулез исторически ассоциирован с социальной стигмой (страх заражения, ассоциация с бедностью). Зависимость стигматизируется как «слабоволие» или «асоциальное поведение». Суммарный эффект создает ситуацию «двойной стигмы». Пациенты воспринимаются окружающими (а нередко и медицинским персоналом) как «неблагополучные», что приводит к избегающему поведению: пациенты скрывают факт употребления ПАВ, опаздывают или пропускают визиты, отказываются от госпитализации.

Следствием стигматизации становится отсроченное обращение за помощью: пациент длительное время игнорирует симптомы кашля и интоксикации, списывая их на абстиненцию или последствия употребления.



Зависимость характеризуется амбивалентностью — одновременным существованием желания изменить поведение и сопротивления изменениям. В контексте ТБ эта амбивалентность приобретает особую остроту: лечение туберкулеза длительное (6-20 месяцев), требует жесткой дисциплины, а его побочные эффекты могут субъективно восприниматься как более тягостные, чем сама инфекция.

Исследование, проведенное в Южной Африке (Brewelskloof Hospital, 2015-2016 гг.), показало, что среди 60 госпитализированных пациентов с МЛУ-ТБ 66% имели проблемное употребление ПАВ, однако лишь 67% из согласившихся на участие завершили программу психологического консультирования. Авторы связывают отсев с низкой «готовностью к изменениям» (readiness for change) - ключевым конструктом транстеоретической модели Prochaska и DiClemente.

Хроническое употребление алкоголя и психостимуляторов приводит к формированию когнитивных дефицитов: снижение памяти, нарушение исполнительных функций, трудности планирования. Эти нарушения напрямую влияют на способность пациента соблюдать сложный режим приема нескольких препаратов (до 4-5 противотуберкулезных средств одновременно). Как отмечено в обзоре, «отсутствие знаний о потребностях» и «недостаток информации» формируют барьер доступности, делая пациентов неспособными самостоятельно навигировать в системе здравоохранения.

Нарушение приверженности лечению: психопатологические механизмы

Приверженность лечению (комплаенс/конкорданс) является ключевой детерминантой исхода при туберкулезе. Коморбидная зависимость снижает приверженность по нескольким механизмам.

Активное употребление психоактивных веществ формирует доминирующую потребность, которая обесценивает все остальные, включая



потребность в лечении. Пациенты, находящиеся в активной фазе зависимости, приоритизируют поиск и употребление ПАВ в ущерб визитам в клинику и приему лекарств. Как указано в таблице 2, «поведение, связанное с употреблением наркотиков, приводит к отрыву от служб помощи и неспособности посещать назначенные приемы».

В состоянии интоксикации или похмелья пациент может пропустить критически важную дозу рифампицина или изониазида, что создает риск формирования вторичной лекарственной устойчивости.

Doherty с соавторами (2013) подчеркивают, что депрессия часто сопутствует как туберкулезу (реактивная депрессия на тяжелое заболевание, социальную изоляцию), так и зависимости (коморбидная депрессия, индуцированная ПАВ или абстиненцией). Депрессивная симптоматика - снижение энергии, ангедония, чувство безнадежности - является мощным предиктором низкой приверженности. Пациент с депрессией субъективно не ощущает «смысла» в многомесячном лечении, особенно если ему не удастся достичь раннего клинического улучшения.

В исследовании краткосрочной психотерапии (мотивационное интервью + профилактика рецидива) было показано, что исходные уровни депрессии, дистресса и функциональных нарушений были высокими, но после интервенции отмечалось их статистически значимое снижение, что коррелировало с лучшей ретенцией в лечении.

Барьер «личные убеждения и принципы» включает в себя отрицание факта заболевания («я здоров, кашель от курения»), искажение каузальной атрибуции («меня травят этими таблетками») и фатализм («все равно умру, зачем лечиться»). Эти когнитивные искажения особенно выражены у пациентов с длительным стажем употребления ПАВ, сформировавших специфическую субкультуру и систему ценностей, далекую от медицинского дискурса.



Психофармакологические взаимодействия и ятрогенные психические нарушения

Значительный психологический вызов представляет сам процесс лечения — противотуберкулезные препараты обладают прямым психотропным действием и вступают в клинически значимые взаимодействия с психоактивными веществами и психотропными препаратами.

В обзоре Doherty (2013) перечислены основные препараты с доказанным психотропным потенциалом:

- Циклосерин (препарат второго ряда для МЛУ-ТБ): ассоциирован с депрессией, тревогой, психотическими симптомами (вплоть до суицидальных попыток). Дозозависимый эффект усугубляется при употреблении алкоголя.
- Изониазид (основной препарат первого ряда): может вызывать психоз, маниакальные состояния, нарушения памяти. Эффект опосредован нарушением метаболизма пиридоксина и накоплением гидразина.
- Этамбутол и рифампицин реже, но также описаны в казуистике как триггеры спутанности сознания и психомоторного возбуждения.

При этом сами авторы отмечают: «Сообщалось о случаях психоза при применении большинства противотуберкулезных средств». Это означает, что дифференциальная диагностика между психозом, вызванным заболеванием, приемом препаратов или употреблением ПАВ, крайне сложна и требует высокой клинической настороженности.

Рифампицин является мощным индуктором изоферментов цитохрома P450 (CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19). Это приводит к ускоренному метаболизму и снижению плазменных концентраций множества психотропных препаратов — антипсихотиков (галоперидол, рисперидон), антидепрессантов (сертралин, циталопрам), бензодиазепинов.



Клиническое следствие: пациент, находящийся на поддерживающей терапии психического расстройства, при начале лечения туберкулеза рискует декомпенсировать из-за падения концентраций своих препаратов. Это может быть ошибочно интерпретировано как «нестабильность психического состояния» и привести к полипрагмазии вместо простой коррекции доз.

Организационные дефициты: отсутствие координации и специализированных служб

Психологические вызовы не могут быть поняты в отрыве от системных проблем. Как показано в исследовании барьеров, одно из ключевых ограничений — «двойной диагноз приводит к трудностям доступа к службам зависимости и недостатку координации между службами психического здоровья и наркологической помощью».

Пациент с активным ТБ и зависимостью оказывается в «ничейной зоне»:

- Фтизиатр не имеет подготовки в наркологии и часто избегает обсуждения употребления ПАВ, опасаясь конфронтации.
- Нарколог не может принять пациента в амбулаторную программу, пока тот остается бактериовыделителем и нуждается в изоляции.
- Психиатр подключается только при выраженном психозе, когда интервенция уже запоздала.

Отсутствие «бесшовной» модели помощи (seamless care) усугубляет тревогу пациента и формирует восприятие системы здравоохранения как враждебной и неэффективной. В результате пациент теряет доверие, что проявляется в виде барьера «отсутствие доверия ведет к разрыву непрерывности доступа к услугам».



Пути преодоления: психотерапевтические интервенции и реорганизация помощи

Одним из наиболее обнадеживающих подходов является использование краткосрочного мотивационного интервьюирования и профилактики рецидивов (MI-RP), проводимого обученными консультантами не из числа врачей-психиатров. Исследование feasibility, проведенное в Южной Африке (n=39 пациентов с МЛУ-ТБ и проблемным употреблением ПАВ), показало, что 4 сессии перед выпиской из стационара приводят к:

- Снижению тяжести употребления ПАВ
- Снижению симптомов депрессии
- Снижению психологического дистресса
- Улучшению функционального статуса через 3 месяца

Качественные интервью с участниками выявили, что пациенты воспринимали консультирование как ценное, поскольку оно впервые легитимизировало их опыт зависимости в контексте лечения ТБ.

Ключевой практический вывод: интервенция эффективно проводится немедицинскими специалистами (социальными работниками, обученными медсестрами, психологами) при условии краткого структурированного обучения. Это делает метод масштабируемым в условиях дефицита психиатрических кадров.

Первый шаг к преодолению психологических барьеров — систематический скрининг всех пациентов с впервые выявленным ТБ на расстройства, связанные с употреблением ПАВ. В исследовании использовался тест ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), который показал практическую приемлемость.

Скрининг должен быть некарательным (не для отчетности), а ориентированным на формирование терапевтического альянса. Пациенту



необходимо объяснить, что информация об употреблении ПАВ нужна только для того, чтобы подобрать наиболее безопасное и эффективное лечение.

На уровне медицинской организации необходим переход от параллельного (ТБ-служба и наркологическая служба работают отдельно) к интегрированному ведению. Это включает:

- Обучение фтизиатров базовым навыкам мотивационного консультирования
- Наличие в ТБ-стационаре специалиста по зависимостям (аддиктолога или обученного консультанта)
- Разработку единого протокола, в котором лечение зависимости является не «опциональным дополнением», а обязательным компонентом терапии ТБ

Практическим руководством для клиницистов служат следующие принципы:

- При назначении рифампицина пациентам, получающим антипсихотики или антидепрессанты, необходимо увеличить дозу психотропного препарата (контролируя клинический ответ и побочные эффекты).
- При появлении депрессии или тревоги на фоне цикloserина или изониазида не следует немедленно отменять противотуберкулезный препарат - возможна симптоматическая терапия пиридоксином (при изониазиде) или временное снижение дозы (при цикloserине) .
- Пациенты с известными суицидальными мыслями должны получать цикloserин только в условиях стационара с возможностью мониторинга.

Заключение

Лечение пациентов с коморбидными туберкулезом и зависимостями представляет собой сложную задачу, в которой психологические факторы



играют не менее важную роль, чем биологические. Основные вызовы включают: двойную стигму, сниженную мотивацию к лечению, когнитивные нарушения, нестабильность аффективной сферы, психофармакологические взаимодействия и отсутствие интегрированной системы помощи.

Преодоление этих вызовов требует отказа от «обвинительного подхода» в адрес пациентов и признания аддиктивного поведения как медицинской проблемы, требующей вмешательства. Данные доказательной медицины свидетельствуют о том, что краткосрочные психотерапевтические интервенции, проводимые обученными немедицинскими специалистами, способны улучшить показатели удержания в лечении и уменьшить психологический дистресс.

Перспективными направлениями дальнейших исследований являются: рандомизированные контролируемые испытания MI-RP в различных культурных контекстах; разработка адаптированных для пациентов с ТБ программ заместительной терапии опиоидной зависимости; изучение влияния коррекции когнитивных дефицитов на приверженность лечению.

Источники и литература / Sources and references:

1. Холодов А.А. Выявление и диагностика туберкулеза легких у пациентов психиатрического стационара // Холодов А.А., Брюхачева Е.О., Кувшинова А.П., Кирякина Н.В., Яковлев А.С., Пьянзова Т.В. // Вестник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. 2024. № 2. С. 19-25.
2. Brief psychotherapy administered by non-specialised health workers to address risky substance use in patients with multidrug-resistant tuberculosis: a feasibility and acceptability study. PubMed, 2021.
3. Table 2: Framework dimensions, study themes and effects on service access/delivery. *PMC, NIH*, 2024.



СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Акименко Галина Васильевна, кандидат исторических наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Александров Эдуард Дмитриевич, студент, Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет» (УО «ГомГМУ») Республика Беларусь, г. Гомель

Альжанова Адема Маратовна, студент, НАО «Медицинский Университет Астана», Республика Казахстан, г. Астана

Атреева Снежанна Руслановна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск

Аскарова Роза Исмаиловна, старший преподаватель, кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии, Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал, Республика Узбекистан, г. Ургенч

Ахмадеева Елена Владимировна, канд. психол. наук, доцент, ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий» Россия, г. Уфа

Бадалян Анна Арменовна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Беликова Алина Олеговна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Березка Регина Григорьевна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Биценкова Валерия Леонидовна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Блюм Анна Ивановна, преподаватель, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск



Бобровская Анастасия Витальевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Богушевская Юлия Владимировна, к.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Брюхачев Александр Николаевич, исполняющий обязанности заведующего кафедрой физической культуры, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Быков Дмитрий Евгеньевич, оринатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Булдакова Дарья Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Валиуллина Евгения Викторовна, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Василевская Анастасия Олеговна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, психотерапии, медицинской психологии с курсом ФПКиП, Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

Василенко Татьяна Дмитриевна, доктор психологических наук, профессор, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Вачаева Анастасия Михайловна, ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий», Россия, г. Уфа

Визило Татьяна Леонидовна - доктор медицинских наук, профессор, кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Галаева Мата Геланиевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Галина Камилла Эдуардовна, студент, ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий» Россия, г. Уфа

Гиндуллина Алия Наилевна, ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий», Россия, г. Уфа

Голошумов Александр Сергеевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Гончаренко Владимир Алексеевич, старший преподаватель кафедры офтальмологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Гончаренко Элина Алексеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Григорьева Яна Игоревна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Гур Екатерина Сергеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Гуцул Анастасия Ивановна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск.

Деревская Екатерина Игоревна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Дмитренко Валентина Ивановна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Дробышевская Марьяна Вячеславовна, студент, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

Егоров Семен Олегович, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Егорова Вера Максимовна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Заягина Ульяна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кабакова Екатерина Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Казакова Полина Игорьевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Калинина Марина Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Карасёва Татьяна Николаевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Каслина Александра Александровна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кильмухаметова Влада Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Клименко Алиса Васильевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Клюева Валерия Витальевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Козловский Г. С., студент, УО «Гомельский государственный медицинский университет» Республика Беларусь, г. Гомель

Колисниченко Надежда Анатольевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Комарова Виктория Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Костина Юлия Сергеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кодиров Хикмат Хомиджонович, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кондратьева Анна Ивановна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кодиркулов Азизжон Саидкул угли, преподаватель кафедры Служебной психологии и профессиональной культуры Академии МВД Республики Узбекистан, г. Ташкент

Крапивникова Марина Евгеньевна студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кувшинов Дмитрий Юрьевич, д-р. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой нормальной физиологии имени профессора Н. А. Барбараш, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кукуюк Татьяна Владимировна, ассистент кафедры офтальмологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кунгурцева Марина Дмитриевна, преподаватель, кафедра физической культуры и спорта, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кушко Оксана Юрьевна, старший преподаватель, НИУ «БелГУ», Россия, г. Белгород

Кушнарева Оксана Викторовна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Лебедева Анастасия Александровна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Лищенко Диана Дмитриевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Лобанова Евгения Игоревна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Ломакина Елизавета Валерьевна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Махмудзода Умед Давлат, курсант факультета по работе с зарубежными кадрами, Академия МВД Республики Узбекистан, г.Ташкент

Мурасова Карина Витальевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Мурахтина Мария Сергеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Манахова Юлия Ивановна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Матюшин Леонид Владимирович, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Михуто Александра Николаевна, студент, Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Оеспублика Беларусь, г. Гомель

Монгуш Валерия Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Мурахтина Мария Сергеевна, ординатор ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Муханова Ирина Федоровна, канд.психол. наук, преподаватель, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава России, Россия, г.Донецк



Немкина Ксения Олеговна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Наумова Валерия Вячеславовна, студент, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Новосибирск

Нечаева Анастасия Петровна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Новицкий Никита Денисович, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Окунев Михаил Евгеньевич, ординатор ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Оринбаев Султанбек Казакбай ули, курсант кафедры Служебной психологии и профессиональной культуры, Академия МВД Республики Узбекистан, г. Ташкент

Осинная Елена Евгеньевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Осипова Эмилия Михайловна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Пасюта Елена Александровна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Пирмуродзода Бехруз Наврузбек, преподаватель кафедры Служебной психологии и профессиональной культуры, Академия МВД Республики Узбекистан, г. Ташкент

Пирогова Юлия Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», Минздрава России, Россия, г. Красноярск

Петрова Мария Сергеевна, студент, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им И.Н. Ульянова», г. Чебоксары



Пивовар Ольга Ивановна, к.м.н., доцент, доцент кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Пирмуродзода Бехруз Наврузбек, курсант кафедры Служебной психологии и профессиональной культуры, Академия МВД Республики Узбекистан, г. Ташкент

Першина Анастасия Витальевна – студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Пирогова Юлия Андреевна, – студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Политика Оксана Ивановна, канд.психол. наук, доцент, ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий», Россия, г. Уфа

Попонникова Татьяна Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Прихнева Татьяна Георгиевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Прокопенко Елизавета Вячеславовна, студент, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Новосибирск

Присяная Альбина Сергеевна, студент, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава России, Россия, г. Донецк

Пугачева Арина Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Рахмонзода Мухаммад Сайвали, курсант кафедры Служебной психологии и профессиональной культуры, Академия МВД Республики Узбекистан, г. Ташкент



Ребковец Альбина Сергеевна, студент, Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет» (УО «ГомГМУ») Республика Беларусь, г. Гомель

Рутковская Анна Евгеньевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Ряполова Дарья Сергеевна, студент, НИУ «БелГУ», Россия, г. Белгород

Салахиев Владислав Евгеньевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Смагулова Гулдана Таскынкызы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Саломатова Дарья Алексеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Сатыбалдина М.Б., старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский Университет Астана», Республика Казахстан, г. Астана

Сафронова Варвара Валерьевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Сейсекенова Есения Сергеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Селезнева Светлана Сергеевна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Семенов Владимир Александрович, д-р. мед. наук, профессор, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Селин Илья Игоревич, ассистент кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Селедцов Александр Михайлович, д-р. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Семенов Владимир Александрович, д-р. мед. наук, профессор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Семенова Эвелина Анатольевна, преподаватель, ГБПОУ «Кузбасский медицинской колледж», Россия, г. Кемерово

Серегина Алиса Сергеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Сквира Иван Михалович, д. м. н., доцент, профессор кафедры психиатрии и наркологии, психотерапии, медицинской психологии с курсом ФПКиП, Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

Скоркин Владислав Вячеславович, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Снигирев Климентий Сергеевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Старченкова Татьяна Ефимовна, главный специалист-эксперт отдела эпидемиологического надзора, Управление Роспотребнадзора по Кемеровской области-Кузбассу, Россия, г. Кемерово

Степанова Варвара Витальевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Сумбаев Евгений Александрович, старший преподаватель, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Сумбаева Анна Михайловна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Суфьянова Арина Фаритовна, студент, ФГБОУ ВО Уфимский университет науки и технологий, Россия, г. Уфа

Тененева Нилуфар Ортикбаевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Третьяков Степан Сергеевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Тризна Елизавета Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Умарова Сарвиноз Сардорбек кизи, курсант кафедры Служебной психологии и профессиональной культуры, Академия МВД Республики Узбекистан, г. Ташкент

Устьянцева Дарья Алексеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Холзенева Ева Ярославовна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Федосеев Максим Николаевич, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Филиппова Юлия Александровна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Финк Дарья, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Филиппова Анна Ильинична, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Филиппова Юлия Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Хакимзянова Мария Николаевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Чернышова Ульяна Максимовна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Шатских Андрей Евгеньевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Шварц Иван Сергеевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Швецов Александр Андреевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Шелтрекова Алина Вячеславовна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Шibaев Роман Михайлович, преподаватель ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Ширинская Анастасия Дмитриевна, преподаватель, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», Донецкой Народной Республики, Донецк, Россия, г. Донецк

Шишкина Алёна Николаевна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Шмаков Егор Ильич, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Штей Екатерина Олеговна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Штоль Софья Павловна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Шульгин Вячеслав Владимирович, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Щербаков Сергей Андреевич, студент, ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Эргашова Комила Махмуджановна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Юдин Семён Анатольевич, преподаватель кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Яковлев Антон Сергеевич, старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Яковлева Алина Андреевна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Янко Евгений Владимирович, кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



**ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ,
НАРКОЛОГИЯ XXI ВЕКА:**

первые шаги в науку
и практику



Научное издание

IV Международная междисциплинарная
научно-практическая конференция
молодых учёных и студентов

ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ XXI ВЕКА: ПЕРВЫЕ ШАГИ В НАУКУ И ПРАКТИКУ

14 мая 2026 г.

16+

Редактор А. С. Смирнов

Подписано в печать 19.05.2026 Формат 60х84 1/16.

Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 28,1

Тираж 500 экз. Заказ № 103234

Кемеровский государственный медицинский университет

650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22 А.

Отпечатано в типографии ООО «АРФпринт»: г. Кемерово, ул. Карболитовская,
1/173, офис 202.

Тел.: (3842) 65-79-09. Сайт: www.arf-print.ru