



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

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

ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ XXI ВЕКА:

ПЕРВЫЕ ШАГИ В НАУКУ И ПРАКТИКУ



Кемерово, 2025

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 III Международной междисциплинарной научно-практической конференции молодых ученых и студентов (Кемерово, 14 ноября 2025 г.). Ч. 2. / Г. В. Акименко, А. М. Селедцов, А. С. Яковлев ; отв. ред. Г. В. Акименко. – Кемерово : КемГМУ, 2025. – 445 с. - **Текст : электронный**
ISBN: 978-5-8151-0366-5

В сборнике представлены секционные доклады участников III Международной междисциплинарной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Психология, психиатрия, наркология XXI века: первые шаги в науку и практику», которая состоялась 14 ноября 2025 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:

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

ISBN: 978-5-8151-0366-5

В макете обложки использована работа Сюзанны Сайнс из открытого источника. – URL: <https://zen.yandex.ru/media/id/5a99a42d55876b8ea6dbc742/kak-poniat-razvivaetsia-li-vasha-jizn-ili-uviazla-v-bolote-citaty-zigmunda-freida-60e2fc697601597c33c9d1d2> (URL 10.10.2025)

© ФГБОУ ВО «Кемеровский
государственный медицинский университет»
Минздрава России, 2025



СОДЕРЖАНИЕ

Пасюта Е. А., Холзенева Е. Я., Юдин С. А. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕНИ КАК ОБУСЛАВЛИВАЮЩЕГО ФАКТОРА РАЗВИТИЯ ПРОКРАСТИНАЦИИ УЧЕБНО - ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ ВУЗА	10
Петращук М. Д. ТРЕВОЖНОСТЬ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ	19
Петрова М. С., Васильева А. А. ВЛИЯНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ ПОДРОСТКОВ	26
Пирогова Ю. А., Мурахтина М. С. ВЛИЯНИЕ МОЗЖЕЧКА НА ФОРМИРОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ	46
Полтаева А. С. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛЬНЫХ КРИЗИСОВ	53
Потапова М. Н. ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	63
Прокопенко Е. В., Наумова В. В., Рылина А. И. САМОРАЗРУШИТЕЛЬНЫЕ ПАТТЕРНЫ ВОЖДЕНИЯ: ПСИХОЛОГИЯ НАМЕРЕННОГО РИСКА СРЕДИ МОЛОДЕЖИ	72
Пугачева А. В. ДЕПРЕССИЯ: ВИДЫ И ПРИЧИНЫ	76



Ратникова В.Ю., Половинкина А. В. ОБРАЗ АЛКОГОЛЯ В ВОСПРИЯТИИ АЛКОЗАВИСИМЫХ: ОСОБЕННОСТИ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ОБЪЕКТА ЗАВИСИМОСТИ	83
Рахимов А. К., Аскарлова Р. И. ЛЕЧЕНИЕ АРТ ТЕРАПИЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ, С ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПСИХИКЕ	94
Романенко Е. А. ВЛИЯНИЕ ОПЫТА ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ФОРМИРОВАНИЕ ИНТЕРНЕТ- ЗАВИСИМОСТИ У МОЛОДЕЖИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	98
Руднев П. С., Швецов А. А. МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ТРУДЯЩИМСЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ	106
Руднев П. С., Швецов А. А. ЗНАЧЕНИЕ VR-ТРЕНАЖЕРА СИМУЛЯТОРА «ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ» В ПРЕОДОЛЕНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ	115
Рустемова К. С., Советканова И. К., Зекенова З.С., Касымова А. Т. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР: АКТУАЛЬНОСТЬ АРТ-ТЕРАПИИ ПРИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ	124
Рыжих Д. А. ПРОБЛЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	133



Рытков Е. А. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИНОИДНЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ: АНАЛИЗ СИТУАЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	140
Салахиев В. Е. СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ: КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ	153
Семенова А. К., Кадыралиев М. М. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМПАТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	161
Скрипникова К. М., Марат А. М., Асабаев Н. Н., Оспанов Е. Н. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К ДЕЙСТВИЮ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ	161
Скрипникова К. М., Марат А. М., Асабаев Н. Н., Оспанов Е. Н. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К ДЕЙСТВИЮ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ	172
Сопова А. Е. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ТРАВМОЙ У ЖЕРТВ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ: ИНТЕГРАЦИЯ МЕТОДОВ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И ПЕРЕРАБОТКИ ДВИЖЕНИЯМИ ГЛАЗ (EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING) И СОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	181
Степанова В. В. ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ МАНИПУЛЯЦИИ И ОСОБЕННОСТИ ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ СТУДЕНТАМИ	188



Скрипникова К. М., Марат А. М., Асабаев Н. Н., Оспанов Е. Н. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К ДЕЙСТВИЮ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ	194
Суворова Д. А., Ауэр Д. Р. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА С УЧЕТОМ ЕГО КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ	203
Султонова К. Б. РОЛЬ АРТ-ТЕРАПИИ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА	214
Танаева А. Қ, Қоблан М. А, Абайжан Р. С. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ОДИНОЧЕСТВА И СПОСОБЫ ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ 1–4 КУРСОВ	222
Темирова Г. А., Бактыгалиева Н. Т. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ – СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	229
Теряник Е. А. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	236
Томилин В. Ю., Федотов М. О. ОЧАГОВАЯ ФОРМА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА С СИМПТОМАТИКОЙ ПАРКИНСОНИЗМА	245



Турисбаев Т. Т., Айгожин Р. Б. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА НА НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЕ БЕЛКИ И ИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В ВИДЕ КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ	252
Теряник Е. А. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	236
Устьянцева Д. А. АРТ-ТЕРАПИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД В БОРЬБЕ СО СТРЕССОМ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	276
Ушакова В. Д. ВЛИЯНИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА ЖИЗНЬ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР	284
Филиппова Л. М. ЦИФРОВИЗАЦИЯ ДЕТСТВА КАК НОВАЯ СРЕДА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ	292
фон Краббе С. Е. АГРЕССИЯ: ВИДЫ И ПРИЧИНЫ	301
Хандашков Н. О. АРТ-ТЕРАПИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ ЛИЧНОСТИ В САМОВЫРАЖЕНИИ, САМОПОЗНАНИИ И САМОРАЗВИТИИ	310
Хорошилова Д. В. ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ИНДУЦИРОВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ПАВ	320



Шабанова Л. О. СТЕРЕОТИПЫ В ГЕНДЕРНЫХ УСТАНОВКАХ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ	328
Шарафиева К. Е., Першина А. В. РОЛЬ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА БЕСПОКОЙНЫХ НОГ	337
Шатских А. Е. КОНФЛИКТЫ: ЗАКОНОМЕРНОСТИ И СПОСОБЫ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ	342
Шестакова А. С. ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ НА СОБЛЮДЕНИЕ КОМПАЛЕНСА И ЭТИЧЕСКИХ НОРМ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	351
Ширинская А. Д. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ	363
Шмаков Е. И, Шишкина А. Н СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ КАТАТОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКОГО МУЖСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	371
Юдин С. А. НАРКОМАНИЯ КАК ФОРМА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	381
Яковлева А. А., Яковлев А. С. ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	395



Яковлев А. С., Яковлева А. А.

406

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР.

Яцына Д. С., Батяшова Д. В., Фурин К. Д.

415

РОЛЬ АЛЕКСИТИМИИ КАК МЕДИАТОРА МЕЖДУ ДЕТСКОЙ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ И РАЗВИТИЕМ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ
У ВЗРОСЛЫХ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Kosimova K. M.

423

FEATURES OF AFFECTIVE FUNCTIONING IN PATIENTS WITH
AUTISM SYNDROME

Сведения об авторах

427



**ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕНИ
КАК ОБУСЛАВЛИВАЮЩЕГО ФАКТОРА РАЗВИТИЯ
ПРОКРАСТИНАЦИИ УЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ Д
ЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ ВУЗА**

Пасюта Е. А., Холзенева Е. Я., Юдин С. А.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Развитие информационных технологий упрощают процесс обучения и позволяют в любое время получить доступ к любым знаниям, однако академическая прокрастинация мешает процессу обучения и является одной из главных причин снижения успеваемости среди студентов. Мы полагаем что для снижения прокрастинации и улучшения уровня образования необходимо развивать такие личностные качества, как самоорганизация. В статье рассматриваются основные подходы к пониманию прокрастинации и самоорганизации. Выдвигается положение о взаимосвязи самоорганизации и особенностями восприятия психологического времени. Для выявления взаимосвязи психологического времени и самоорганизации проведен сравнительный анализ двух групп, с высоким и низким уровнем самоорганизации. Сравнительный анализ выявил три главные характеристики, влияющие на самоорганизацию учебной деятельности: ощущение будущего времени, а также величина и структура настоящего времени.

Ключевые слова: психология, прокрастинация, теории прокрастинации, учебная деятельность, самоорганизация, студенты, арт – терапия, техники арт – терапии.



**A STUDY OF TIME PERCEPTION CHARACTERISTICS AS A
DETERMINING FACTOR IN THE DEVELOPMENT
OF PROCRASTINATION IN THE ACADEMIC AND PROFESSIONAL
ACTIVITIES OF UNIVERSITY STUDENTS**

Pasyuta E. A., Kholzeneva E. Ya., Yudin S. A.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Abstract. The development of information technologies simplifies the learning process and allows access to any knowledge at any time, but academic procrastination interferes with the learning process and is one of the main reasons for low academic performance among students. We believe that to reduce the level of procrastination and improve education, it is necessary to develop such personal qualities as self-organization. The article discusses the main approaches to understanding procrastination and self-organization. A position is put forward about the relationship between self-organization and the peculiarities of the perception of psychological time. To identify the relationship between psychological time and self-organization, a comparative analysis of two groups with high and low levels of self-organization of educational activities was carried out. A comparative analysis revealed three main characteristics that influence the self-organization of students' educational activities: a sense of future time, as well as the size and structure of the present time.

Keywords: psychology, procrastination, theories of procrastination, educational activities, self-organization, students, art therapy, art therapy techniques.

Актуальность. Переходя, из школы в высшее учебное заведение студент попадает в совершенно новую среду. Такая многосторонняя и разнообразная жизнь предъявляет особые требования к планированию деятельности – умение мобилизовать внутренние ресурсы организма. Однако мы часто наблюдаем что такой вид деятельности как планирование и в первую очередь собственной



деятельности является слабым звеном в системе реализации учебной деятельности, что приводит к переоценке собственных возможностей и недооценки существующих временных ресурсов. Все больше студентов подвержены прокрастинации.

Прокрастинация (англ. Procrastination, от лат. procrastinatus: pro – (вместо, впереди) и crastinus (завтрашний)) – это склонность постоянно откладывать выполнение задач. Чаще всего прокрастинация выражается в иррациональном откладывании начала, или завершения поставленной цели, и сопровождается негативными чувствами или стрессом у прокрастинатора. [1].

Как показывают лонгитюдные исследования за последние 25 лет уровень прокрастинации постоянно возрастает. На сегодняшний день уровень академической прокрастинации достигает до 75%. [2].

Такая склонность к прокрастинации среди студентов может негативно сказаться на качестве образования и снизить уровень подготовленности будущих специалистов, не смотря на улучшение процесса обучения, стиля преподавания в высших учебных заведениях. Академическая прокрастинация является одной из главных причин снижения успеваемости у учащихся [3].

Современные исследования выделяют пять фундаментальных теоретических подходов к пониманию прокрастинации. Первый подход интерпретирует данное явление в качестве защитного механизма, функция которого заключается в эскапизме от негативных эмоций, возникающих в процессе выполнения учебных или трудовых задач.

К числу детерминант прокрастинативного поведения также относят страх перед неудачей, успехом, публичной оценкой и возможной завистью окружающих. Однако роль тревожности как определяющего фактора остается дискуссионной. Так, исследователь Макк Коун (Mack Cown) выдвигает контраргумент, согласно которому интенсивная тревожность способна не препятствовать, а способствовать



выполнению задачи, мотивируя индивида к ее скорейшему завершению для снижения психологического напряжения от приближающихся сроков [4].

Согласно альтернативной теоретической позиции, прокрастинация может быть интерпретирована как форма пассивного сопротивления, вызванная внешне навязанными временными рамками и нормами выполнения задачи. В данном контексте, ключевой причиной отсрочки деятельности выступает аффективная реакция протеста и раздражения, из-за навязывания целей из вне. Таким образом, прокрастинатор, откладывая выполнение задачи, стремится скомпенсировать фрустрацию иллюзией контроля. Данное поведение позволяет ему временно снять напряжение, возникающий из-за конфликта между внешним давлением и потребностью в самоопределении.

Еще одним фактором, провоцирующим прокрастинацию, является перфекционизм [4]. Сосредоточившись на идеальном выполнении задачи, перфекционист нерационально распределяет время, что в итоге приводит к срыву сроков по объективным причинам: большая часть временного ресурса была потрачена на избыточную проработку незначительных деталей.

Одним из объяснений прокрастинации выступает гедонистическая направленность личности, то есть предпочтение немедленного вознаграждения долгосрочным целям [5]. В данном случае индивид склонен подменять важные, но рутинные задачи более приятными занятиями. Этот процесс продолжается до тех пор, пока приближение крайнего срока не делает дальнейшую отсрочку объективно невозможной, вынуждая его к действию.

Сюда же можно отнести теорию о дофоминовой зависимости [4]. Вместе с тем, представляется, что данная теория в большей степени объясняет нейробиологический механизм, лежащий в основе стремления к сиюминутному удовольствию, нежели непосредственно феномен прокрастинации как таковой.



Е. А. Карпова в своем исследовании «Прокрастинация как аномический способ социальной адаптации молодёжи» предлагает рассматривать прокрастинацию как новый аномический метод адаптации молодых людей к современным социокультурным и экономическим императивам, в частности, к культуре успешности.

В условиях современного общества, характеризующихся высокими ожиданиями к активности и успешности молодежи, постоянная демонстрация чужих достижений в социальных сетях может провоцировать у индивида переживание личной несостоятельности и дефицита социального признания, измеряемого в формальных показателях («лайки», «репосты»). В ситуации, когда человек лишен возможности продемонстрировать конкурентоспособные результаты и получить тем самым общественное одобрение, у него формируется субъективное ощущение отчуждения от социума и внутренней ценностной дезориентации. Таким образом, в контексте недостижимости социально одобряемых целей, прокрастинация может трактоваться как поведенческая манифестация состояния аномии [6].

Согласно мотивационно-ожидающей теории, склонность к прокрастинации обусловлена субъективной оценкой индивидом двух ключевых параметров: ожидаемой успешности выполнения задачи и ценности предполагаемого вознаграждения [7]. Мотивация к деятельности в данной парадигме определяется четырьмя переменными:

- 1) субъективной вероятностью достижения успеха,
- 2) ценностью вознаграждения,
- 3) величиной необходимых усилий и
- 4) временным горизонтом до дедлайна. Максимальная значимость задачи и, как следствие, минимальная прокрастинация наблюдаются в условиях, когда индивид уверен в высокой вероятности успеха и ожидает получить соразмерное



затраченным усилиям и личностно значимое вознаграждение. И напротив, уровень прокрастинации возрастает, когда вознаграждение обладает низкой субъективной ценностью, требуемые усилия воспринимаются как чрезмерные, а вероятность успеха оценивается как незначительная [7].

Анализируя самые разные подходы, объясняющие прокрастинацию всех ее видов (учебную, учебно-профессиональную, профессиональную, бытовую), обращает на себя внимание так или иначе включенность субъективного восприятия времени, которая так или иначе проявляется в большинстве концепций. Многие из рассмотренных теоретических подходов к прокрастинации могут быть интегрированы в рамках анализа особенностей эмоционального восприятия психологического времени личности. Так, индивид, использующий прокрастинацию для регуляции тревоги, часто характеризуется негативной и катастрофизированной репрезентацией будущего, в котором он ожидает неминуемого провала.

В случаях, когда прокрастинация обусловлена страхом успеха, наблюдается искаженная оценка будущего, связанная с предвосхищения негативных последствий от повышенного внимания со стороны окружения. Наконец, прокрастинация как стремление к сиюминутному удовольствию может указывать на диссоциацию от психологического будущего, что проявляется в отсутствии реалистичных долгосрочных планов. Альтернативно, данное поведение может быть следствием когнитивных искажений, при которых будущее представляется лишенным позитивных перспектив и недоступным для целенаправленного изменения из настоящего.

Мы полагаем именно особенности восприятия времени обуславливают уровень прокрастинации учебно-профессиональной деятельности студентов. Для проверки этой гипотезы нами было проведено исследование студентов Кемеровского государственного медицинского университета. Исследование



проводилось в 2025 г. Общая выборка составила 130 студентов с 1 по 3 курс. В качестве стимульного материала нами были использованы следующие методики: Семантический дифференциал времени (СДВ) [8], Опросник временной перспективы Зимбардо (ZTPI) [9], Шкала оценки академической прокрастинации (PASS) [10]. Для выявления взаимосвязей был использован метод математической статистики – корреляционный анализ.

Таблица 1

Корреляционный анализ факторов восприятия времени и академической прокрастинации.

Особенности восприятия времени	Корреляции с уровнем академической прокрастинации
Негативное прошлое (ZTPI)	0,26
Активность настоящего времени (СДВ)	-0,37
Ощущение настоящего времени (СДВ)	-0,36
Активность прошлого времени (СДВ)	-0,25
Структура прошлого времени (СДВ)	-0,17
Ощущение прошлого времени (СДВ)	-0,32
Активность будущего времени (СДВ)	-0,29
Структура будущего времени (СДВ)	-0,26
Ощущение будущего времени (СДВ)	-0,33

Все перечисленные значимые корреляции, (за исключением фактора негативного прошлого,) являются отрицательными. Это свидетельствует о наличии устойчивой тенденции: чем более позитивно, осмысленно и активно человек воспринимает все три временных локуса (прошлое, настоящее, будущее), тем ниже его уровень прокрастинации.



Выявленные положительные корреляции факторов негативного прошлого (ZTPI) и прокрастинация свидетельствуют о том, что чем больше человек сфокусирован на своем негативном, травмирующем или неудачном опыте, тем выше его склонность откладывать учебно-профессиональные задачи. Негативное прошлое проецируется на цели будущего, формируя негативную установку и синдром выученной беспомощности, тревогу и неуверенность в своих силах. «Если у меня не получилось в прошлом значит и в этот раз у меня не получится». Что бы снять напряжение и стресс включается механизм избегания через прокрастинацию.

Корреляционный анализ методик семантического дифференциала времени и прокрастинации показали обратную зависимость что говорит о том, что позитивное восприятие времени является фактором снижения уровня прокрастинации. Факторы активности настоящего (СДВ) и ощущение настоящего (СДВ), демонстрируют что восприятие своего настоящего как активного, яркого, насыщенного, деятельностного, наполненного смыслом промежутка времени снижает уровень академической прокрастинации.

Отрицательные корреляции с уровнем прокрастинации ощущения прошлого (СДВ), активности прошлого (СДВ), структуры прошлого (СДВ), свидетельствуют о том, что уровень прокрастинации снижается если прошлое воспринимается как яркий, позитивный опыт. Такое восприятие своего локуса прошлого дает опору и уверенность для действий в настоящем.

Отрицательные корреляции с уровнем прокрастинации ощущения будущего (СДВ), активности будущего (СДВ), структуры будущего (СДВ), свидетельствуют о том, что чем более ярким, активным, упорядоченным и предсказуемым видится человеку будущее, тем меньше уровень прокрастинации. Четкие цели и позитивный образ будущего помогают преодолеть сиюминутное нежелание действовать. Человек понимает, что сегодняшние усилия — это вклад в его светлое и структурированное «завтра».



Заключение

Опираясь на вышеприведенные данные, можно сделать выводы, что для преодоления прокрастинации и повышения уровня образования необходимо изменение психологического времени личности студентов. Для этого необходима организация работы, которая направлена на гармонизацию временной перспективы студентов, через создание специализированных психо-коррекционных мероприятий, с целью формирования позитивного образа будущего, выявления и переформулирование иррациональных убеждений, связанных с прошлым.

Источники и литература / Sources and references:

1. Рызова С. В. Особенности автоматических мыслей при прокрастинации у студентов гуманитарных вузов / С. В. Рызова // Евразийский союз ученых. – 2018. – № 2–3(47). – С. 48–50. – EDN YUHSAT.
2. Юдин С.А. Взаимосвязь показателей самоорганизации учебной деятельности студентов вуза и временной перспективы личности //Вестник Кемеровского государственного университета. 2016. № 2 (66). С. 151-155.
3. Саргсян О. Н. Академическая прокрастинация у студентов при написании научной работы / О. Н. Саргсян, Е. А. Коштырева // Психология, образование: актуальные и приоритетные направления исследований: Материалы Международной научно–практической конференции студентов, магистрантов, аспирантов, молодых ученых и их наставников, Тверь, 29 апреля 2019 года. – Тверь: Тверской государственный университет, 2019. – С. 182–185. – EDN OWPYHV.
4. Slaney R., Johnson D. P. Perfectionism: scale development and a study of perfectionistic clients in counseling // Journal of College Student Development, 1996, v. 37 (1), p. 29-41.
5. Baumeister R. Suicide as escape from self // Psychological Review, 1990, v. 97, p. 90-113.



6. Карпова, Е. А. Прокрастинация как аномический способ социальной адаптации молодежи / Е. А. Карпова // Молодежь XXI века: образ будущего : Материалы Всероссийской научной конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 14–16 ноября 2019 года / Ответственные редакторы Н.Г. Скворцов, Ю.В. Асочаков. – Санкт-Петербург: ООО «Скифия-принт», 2019. – С. 852-853. – EDN AIQOLQ.

7. Акименко Г. В., Михайлова Т.М. Феномен «клипового»: идентификация вида когнитивной деятельности // В сборнике: INTERNATIONAL INNOVATION RESEARCH. сборник статей IX Международной научно-практической конференции: в 2 частях. 2017. С. 268-271.

8. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Червинская К.Р. Семантический дифференциал времени как метод психологической диагностики личности при депрессивных расстройствах: пособие для психологов и врачей. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – 43 с.

9. Сырцова А., Митина. Адаптация опросника временной перспективы личности Ф. Зимбардо // Психологический журнал, 2008. №3.

10. Зверева М. В. Шкала оценки академической прокрастинации PASS: методические рекомендации. М.: НЦПЗ, 2018.

ТРЕВОЖНОСТЬ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ

Петращук М. Д.

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 статье исследуются особенности тревожности и ее влияние на успеваемость студентов. Подробно рассматриваются основные факторы, способствующие возникновению тревожности в учебной среде, а также механизмы,



через которые она может негативно сказываться на академических результатах. Приведены результаты эмпирических исследований, демонстрирующих связь между уровнями тревожности и успеваемостью студентов. Также обсуждаются стратегии управления тревожностью, которые могут помочь улучшить учебные результаты.

Ключевые слова: тревожность, успеваемость студентов, академическая тревожность, учебная среда, управление тревожностью, эмпирические исследования.

ANXIETY AND ITS IMPACT ON STUDENTS' ACADEMIC PERFORMANCE

Petrachuk M. D.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor –Valiullina E. V.

Abstract. This article explores the characteristics of anxiety and its influence on students' academic performance. It thoroughly examines the main factors contributing to the emergence of anxiety in the educational environment, as well as the mechanisms through which it can negatively affect academic outcomes. The results of empirical studies demonstrating the connection between levels of anxiety and students' academic performance are presented. Strategies for managing anxiety that may help improve academic results are also discussed.

Keywords: anxiety, student performance, academic anxiety, learning environment, anxiety management, empirical research.

Введение

Тревожностью является склонность индивида к переживанию тревоги и во многом обуславливает его поведение. Наличие эмоциональной неустойчивости у



личности может привести к серьезным личностным проблемам, а также к неспособности профессионально осуществлять свою работу и участвовать в социальной жизни общества.

Тревожность является распространённой проблемой среди студентов, которая может значительно влиять на их успеваемость и общее состояние здоровья. В условиях современного обучения, где высокие требования и конкуренция становятся нормой, уровень стресса и тревожности среди учащихся возрастает [1, 2, 3, 4].

Цель: исследование влияния тревожности на успеваемость студентов и формирование мер по ее снижению.

Актуальность

Актуальность темы обусловлена тем, что в современном образовательном процессе все больше студентов сталкиваются с высоким уровнем тревожности, которая негативно влияет на их психологическое состояние и учебные результаты. Стрессовые ситуации, экзаменационный период, конкуренция и требования к академической успеваемости создают условия, при которых тревожность становится распространенной проблемой.

Тревожность – это психическое свойство, склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги.

Виды тревожности:

1. Тревножно-депрессивное расстройство характеризуется ощущениям постоянной тревоги без реальных источников опасности. Оно проявляется патологическими изменениями в личности больных и их физическом здоровье [5, 6].

2. Тревножно-фобическое состояние вызывается постоянным чувством опасности, возникающим на основе заикливания на прошлых травмирующих событий их жизни человека или выдуманных страхах перед будущим.



3. Социальное расстройство проявляется старательным избеганием любых контактов с окружающими, даже их простое наблюдение за действиями больных вызывает у них эмоционального дискомфорт, чрезвычайно болезненна для таких пациентов критика.

6. Адаптивная фобия протекает с боязнью попасть в новые условия жизни.

7. Органическое тревожное состояние является последствием соматического заболевания, поэтому кроме тревоги у больных наблюдаются другие признаки поражения организма (стойкие головные боли с потерей ориентации в пространстве, снижением памяти или выраженными сбоями в работе сердца, поджелудочной железы, печени и т.д.).

8. Смешанное расстройство характеризуется признаками тревожности и пониженным фоном настроения одновременно.

Уровень тревожности влияет на: восприятие окружающего мира; формирование самооценки; формирование акцентуаций характера; степени конфликтности личности; способы поведения в конфликтной ситуации; формирование типа реакции на болезнь; степени возможности возникновения нарушений ятрогенной природы. А также может оказывать влияние на успеваемость студентов, на особенности их адаптации к учебно-профессиональной деятельности и к студенческому коллективу [3, 4].

Объекты и методы исследования

Респондентами исследования стали студенты Кузбасского педагогического колледжа. Возраст от 17 до 20 лет. Специальность: педагог дополнительного образования в области хореографии. В работе применялись: Шкала самооценки уровня тревожности Спилберга – Ханина.

Тестирование по методике Спилбергера-Ханина проводится с применением двух бланков: один бланк для измерения показателей ситуативной тревожности, а



второй – для измерения уровня личностной тревожности. Исследование может проводиться индивидуально или в группе [7].

Результаты исследования

В ходе исследования были получены следующие данные по уровню тревожности студентов:

Распределение по уровню реактивной тревожности (РТ):

40% студентов имеют умеренный уровень РТ (31–45 баллов)

40% студентов демонстрируют высокий уровень РТ (≥ 46 баллов)

20% студентов показали низкий уровень РТ (< 30 баллов)

Распределение по уровню личностной тревожности (ЛТ):

40% студентов имеют умеренный уровень ЛТ

40% студентов демонстрируют высокий уровень ЛТ

20% студентов показали низкий уровень ЛТ.

Анализ полученных результатов:

Высокий уровень как РТ, так и ЛТ у 40% студентов свидетельствует о наличии значительного эмоционального напряжения в студенческой среде.

Умеренный уровень тревожности у 40% респондентов указывает на оптимальный уровень психоэмоционального напряжения, способствующий эффективной учебной деятельности.

Низкий уровень тревожности у 20% студентов может говорить о недостаточной мотивации к учебной деятельности.

Взаимосвязь с успеваемостью:

1. Студенты с высоким уровнем тревожности (≥ 46 баллов) демонстрируют:

Снижение концентрации внимания

Повышенную утомляемость

Ухудшение качества учебных работ

2. Студенты с умеренным уровнем тревожности показывают:



Стабильные академические результаты

Адекватную мотивацию к обучению

Способность к саморегуляции

3. Студенты с низким уровнем тревожности часто:

Проявляют пассивность в учебном процессе

Имеют сниженную академическую мотивацию

Демонстрируют поверхностный подход к обучению

Обсуждение результатов. Полученные данные подтверждают гипотезу о значительном влиянии уровня тревожности на успеваемость студентов. Выявленная корреляция между высоким уровнем тревожности и снижением академической успешности требует разработки специальных мер по снижению эмоционального напряжения в студенческой среде.

Практические рекомендации. Внедрение программ по снижению тревожности:

Психологические тренинги.

Групповые консультации.

Индивидуальные консультации.

Организация профилактической работы:

Создание благоприятной образовательной среды.

Развитие навыков саморегуляции.

Формирование адекватной самооценки.

Работа с высокотреховыми студентами:

Разработка индивидуальных планов адаптации.

Организация системы психологической поддержки.

Внедрение техник релаксации.



Заключение

Проведенное исследование показало существенную взаимосвязь между уровнем тревожности и академической успеваемостью студентов. Выявленные закономерности позволяют разработать целенаправленные меры по оптимизации психоэмоционального состояния обучающихся и повышению эффективности образовательного процесса [6].

Источники и литература / Sources and references:

1. Александрова Н. С. Тревожность как фактор развития личности // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2012- <https://cyberleninka.ru/journal/n/vestnik-kostromskogo-gosudarstvennogo-universiteta-seriya-pedagogika-psihologiya-sotsiokinetika?i=1151029>
2. Берулава Г. А. Диагностика и развитие творческого потенциала личности // Вопросы психологии. 2003. № 4. С. 25-32. <https://cyberleninka.ru/article/n/novaya-metodologicheskaya-platforma-razvitiya-lichnosti-1>
3. Валиуллина Е. В. Факторы профессионального выбора студентов медицинского вуза // Дневник науки. 2019. № 3 (27). С. 21.
4. Валиуллина Е. В. Перспективы медицинского образования: иммерсивные методы обучения // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2021. Т. 2. № 1. С. 39-41.
5. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2013.
6. Макшанов С. И. Психогимнастика в тренинге. СПб.: Речь, 2001.
7. Спилбергер Ч. Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Тревога и тревожность. СПб.: Питер, 2001.



ВЛИЯНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ ПОДРОСТКОВ

Петрова М. С., Васильева А. А.

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет

имени И. Н. Ульянова», Россия, г. Чебоксары

Научный руководитель – И. Е. Булыгина

Аннотация. В статье представлен обзор современных данных о влиянии психоактивных веществ (ПАВ) на когнитивные способности подростков. Рассматриваются эпидемиологические показатели распространенности употребления ПАВ среди подростков. Проанализированы механизмы действия различных групп веществ, особенности их влияния на мозг в период активного развития когнитивных способностей, а также факторы риска, способствующие формированию когнитивных нарушений. Приведены рекомендации по стратегиям профилактики когнитивных нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ в подростковом возрасте.

Ключевые слова: когнитивные функции, подростки, память, внимание, познание, наркотики, употребление наркотиков.

THE EFFECT OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES ON THE COGNITIVE ABILITIES OF ADOLESCENTS

Petrova M. S., Vasilyeva A.A.

Chuvash State University named after I. N. Ulyanov, Russia, Cheboksary

Scientific supervisor – Bulygina I. E.

Abstract. The article provides an overview of current data on the effect of psychoactive substances on the cognitive abilities of adolescents. Epidemiological indicators of the prevalence of drug use among adolescents are considered. The mechanisms of action of various groups of substances, their effect on the brain during active neurodevelopment, as well as risk factors contributing to the formation of cognitive



impairments are analyzed. Recommendations for the prevention of cognitive impairments associated with substance use in adolescence have been made.

Keywords: cognitive functions, adolescents, memory, attention, cognition, drugs, drug abuse

Введение

Подростковый возраст — это критически важный этап индивидуального развития, сопровождающийся интенсивной перестройкой организма на биологическом, психологическом, социальном уровнях. В этих условиях изучение влияния психоактивных веществ на когнитивные функции приобретает особую актуальность не только с позиций первичной и вторичной профилактики, но и для формирования современных клинических рекомендаций по работе с данной возрастной группой.

Целью данного обзора является систематизация и анализ актуальных данных о влиянии психоактивных веществ на когнитивные способности подростков. В задачи исследования входит обобщение сведений о физиологических особенностях когнитивного развития в подростковом возрасте, характеристика основных групп психоактивных соединений и особенностей их воздействия, обсуждение факторов риска, модифицирующих влияние этих веществ на когнитивную сферу, а также рассмотрение мер профилактики и возможных подходов к коррекции выявленных нарушений.

Выбор темы обусловлен высокой медицинской и социальной значимостью проблемы, а также отсутствием комплексных обобщающих работ по интеграции данных о различных группах психоактивных веществ, их специфических эффектах в подростковом возрасте и необходимости комплексной оценки краткосрочных и долгосрочных последствий для когнитивных функций.



Мозг подростка

В подростковом возрасте происходит интенсивное развитие нервной системы и головного мозга. Этот период характеризуется следующими изменениями: за счет усиления миелинизации увеличивается в размере белое вещество, особенно в префронтальной и теменной области, в то же время истончается серое вещество в префронтальной, височной и подкорковых областях. Это происходит в результате избирательного сокращения избыточного количества синапсов, которые неэффективны или редко используются, а также уменьшения количества глии [2]. Значительные структурные и функциональные изменения претерпевает лимбическая система, регулирующая эмоции, и гиппокамп, играющий ключевую роль в процессах обучения и памяти [13]. В результате этих изменений улучшаются и созревают когнитивные процессы до уровня взрослого, такие как рабочая память, планирование, контроль импульсов, растет организованность поведения. Однако эти изменения возникают нелинейно, асинхронно, в результате появляется дисбаланс между ранним созреванием лимбической системы, ответственной за мотивацию и вознаграждение, и более медленным формированием контрольно-регуляторных областей – префронтальной коры. Это обуславливает характерную для этого периода склонность к рисковому поведению, включая экспериментирование с различными психоактивными веществами [13].

Претерпевают изменения и нейромедиаторные системы: дофаминергическая, глутаматергическая, ГАМКергическая. Вентральный стриатум, связанный с дофаминергической системой, у подростков активируется сильнее, чем у взрослых в ответ на крупное вознаграждение, при этом отмечена его более слабая активация в ответ на ожидание вознаграждения. Это ведет к тому, что процессы планирования и усилия менее подкреплены, в то время как момент получения желаемого вызывает мощный дофаминовый ответ, в результате чего для подростков характерны погоня за острыми ощущениями, яркие эмоции в ответ на награду, необдуманные поступки.



В ответ на отсутствие вознаграждения миндалевидное тело подростков активируется меньше, чем у взрослых. Такая низкая восприимчивость к негативным стимулам (запретам) в сочетании с повышенной реакцией на позитивные стимулы в том числе способствует склонности к зависимому и рисковому поведению [5].

Развитие ГАМКэргической системы связано с улучшением исполнительных функций и рабочей памяти в префронтальной коре. Однако в раннем подростковом возрасте количество тормозных нейронов меньше, чем возбуждающих, а их количество увеличивается лишь к позднему подростковому возрасту. Этим обусловлена недостаточность исполнительных функций в раннем подростковом возрасте, таких как самоконтроль, планирование, принятие решений. Подростковый возраст является критическим для созревания ГАМКэргической системы, внешние воздействия в этом периоде, такие как употребление ПАВ, могут приводить к нарушению созревания префронтальной коры и уязвимости к возникновению когнитивных и психических расстройств в будущем [25].

Подростковый возраст характеризуется повышенной эмоциональностью, что связывают с повышением активности миндалевидного тела, особенно на социальные стимулы. Способность принимать рациональные решения в стрессовых и эмоциональных ситуациях у подростков снижена, а склонность к рисковому поведению особенно возрастает в присутствии сверстников [5].

Таким образом, подростковый возраст представляет собой критический период нейрогенеза и характеризуется значительной структурной и функциональной перестройкой головного мозга. Указанные нейробиологические особенности не только определяют специфику подросткового поведения, но и делают мозг уязвимым к воздействию неблагоприятных внешних факторов, которые могут приводить к поведенческим и структурным изменениям, сохраняющимся во взрослом возрасте.



Распространенность

По результатам социологических исследований в РФ, число респондентов, имеющих опыт хотя бы однократного потребления наркотиков в течение жизни, составило 4,4% и оценивается в 6,4 млн человек. Число респондентов, потребляющих наркотики как регулярно, так и эпизодически, составило около 1,2 млн человек. При этом около 40,4% респондентов впервые попробовали запрещенные вещества в несовершеннолетнем возрасте. По итогам 2024 года подразделениями по делам несовершеннолетних взято на контроль 1 762 человека в возрасте до 18 лет, употребляющих запрещенные к распространению вещества [2]. В Чувашской Республике около 33% потребителей ПАВ составляют дети и подростки. В ЧР в 2024 году зарегистрировано 48 несовершеннолетних, злоупотребляющих наркотическими средствами (19,1 на 100 тыс. населения), что на 51,6% больше показателя 2023 года.

Всего в 2024 году впервые выявлено 33 подростка, злоупотребляющих наркотическими средствами, при этом больных наркоманией среди несовершеннолетних не зарегистрировано. В 2024 году зарегистрирован 6 случаев отравлений среди подростков (15-17 лет). В 2024 году зарегистрировано 1 421 наркопреступление (+20,1% по сравнению с 2023 годом), в том числе совершенных несовершеннолетними – 48 (+17,0%). Пик первых проб наркотиков приходится на 18-25 лет (две пятых из числа опрошенных на протяжении двух лет), а также близкий к этому возраст до 16 лет и 31-35 лет (по 16-19%). В сумме на пробы наркотиков до 25 лет приходится 74% случаев. Это объясняет важность профилактической работы именно с молодежью [3].

География зависимости в РФ демонстрирует определенные тенденции. Согласно данным Минздрава РФ [4], первое место по заболеваемости наркоманией в 2024 занимает Хабаровский край (19,6 на 100 тысяч населения), на втором месте – Новосибирская область (18,4), на третьем – Свердловская область (17,7), затем



Красноярский край (16,5), Сахалинская область (15,7), Рязанская область (15,2), Новгородская область (15), тогда как наименьшие показатели фиксируются в Белгородской области (3,2), Оренбургской области (3,4), Чувашии (1,4).

По данным опросов ESPAD, отслеживающих наркопотребление среди подростков в Европе, в период с 1995 по 2003 год распространённость употребления запрещённых веществ в течение жизни увеличилась, с 2003 года средняя распространённость оставалась стабильной и составляла 19 % до 2015 года, затем снизилась до 17 % в 2019 году и до 14 % в 2024 году. Во всех странах ESPAD каннабис остаётся самым распространённым запрещённым наркотиком. В среднем 12 % учащихся сообщают, что употребляли каннабис хотя бы раз в жизни. За последние десятилетия число курильщиков заметно сократилось, а распространённость курения в течение жизни за период с 1995 по 2024 год снизилась вдвое. Однако сохраняется тенденция к раннему началу курения, особенно среди девочек, у которых в последние годы увеличилось число случаев ежедневного курения в возрасте 13 лет и младше. В то же время среди подростков резко возросло число тех, кто пользуется электронными сигаретами [31].

Согласно исследованию, Мониторинг будущего (США), в среднем четверть школьников (24,1 %) пробовали курить сигареты, более половины (57,4 %) – пробовали алкоголь. В качестве основной причины первой пробы школьники указывали интерес почувствовать новые ощущения (65 %) [32].

Таким образом, сложившаяся ситуация подтверждает необходимость усиления целевой профилактической работы именно с молодёжью, разработки дифференцированных подходов с учётом региональной специфики, а также пересмотра существующих стратегий профилактики в связи с ростом показателей наркопотребления среди несовершеннолетних.

Действие различных групп ПАВ на когнитивные функции

Табак и электронные сигареты



Никотин – основной действующий компонент табака и электронных сигарет, воздействует на N-холинорецепторы в мозге, кратковременно улучшая внимание и реакцию. Однако постоянное курение приводит к десенситизации рецепторов, формированию психической, а затем физической зависимости. Исследования показывают, что более ранний возраст начала курения ассоциирован с более крепкой зависимостью во взрослом возрасте, а также с повышенным риском продолжения употребления других ПАВ. Никотин оказывает прямое нейротоксическое действие на ЦНС: у курящих подростков обнаружено более низкое количество серого вещества в лобной коре, нижней теменной доле и островке, которые отвечают за внимание, рабочую память и контроль импульсов [13]. Имеются свидетельства о наличии более низких показателей IQ у бывших курильщиков, чем у некурящих [30]. В то же время, более низкий уровень IQ сам по себе является предиктором курения в будущем [7], поэтому возможными значимыми факторами являются социально-экономические причины и изначально нарушенные когнитивные способности. У курящих подростков достоверно снижен импульсный контроль [8], Нарушение импульсного контроля поддерживает табачную зависимость, формируя порочный круг, который препятствует отказу от вредной привычки.

Алкоголь

Этанол воздействует на ГАМК-рецепторы, усиливая их тормозной эффект, в результате снижается тревожность, замедляется реакция. Блокирование глутаматных NMDA- рецепторов, приводит к нарушению памяти, когнитивных функций. При злоупотреблении алкоголем наблюдается ускоренное снижение объема серого вещества и замедленное увеличение объема белого вещества, а также аномальная активность мозга при выполнении задач, связанных с исполнительными функциями, контролем внимания и чувствительностью к вознаграждению. При длительном употреблении алкоголя повреждаются нейроны гиппокампа, подкорковых и височных областей, ухудшается кратковременная память и



способность к обучению [21]. Злоупотребление способствует возникновению «провалов» в памяти, что может быть связано с нарушением переноса информации из кратковременной в долговременную память, особенно нарушается воспроизведение пространственно-временного контекста событий [14]. Дозозависимое увеличение потребления алкоголя приводит к ухудшению вербальной памяти, семантических функций, внимания, планирования, контроля импульсов, скорости решения задач и обработки информации. Помимо кратковременной памяти, запойное употребление снижает долговременную память, при этом не влияя на способность вспоминать ранее закрепленную информацию, таким образом снижая способность к закреплению новой информации. Известно, что воздействие алкоголя в подростковом возрасте более пагубно влияет на когнитивные способности, чем во взрослом возрасте [21]. Следует подчеркнуть, что когнитивные и нейронные нарушения, выявленные до начала употребления алкоголя могут быть причиной предрасположенности некоторых подростков к началу употребления и злоупотреблению алкоголем [18].

Каннабис

Каннабиноиды, такие как тетрагидроканнабинол (ТГК), воздействуют в первую очередь на эндоканнабиноидную систему, активируя CB1-рецепторы, расположенные в префронтальной коре, гиппокампе и мозжечке. CB1-рецепторы преимущественно локализованы на пресинаптических окончаниях нейронов и регулируют высвобождение нейромедиаторов, включая глутамат, ГАМК, дофамин и ацетилхолин. Их стимуляция приводит к ингибированию кальциевых каналов и активации калиевых, что вызывает гиперполяризацию клеточной мембраны и снижение вероятности выделения медиатора в синаптическую щель. Такое воздействие способствует формированию кратковременной и долгосрочной синаптической депрессии, что лежит в основе модуляции процессов обучения, памяти и адаптивной пластичности. Стимуляция CB1-рецепторов экзогенными



каннабиноидами в малых дозах вызывает анксиолитический и седативный эффект, более высокие дозы усиливают тревожные реакции, способствуют возникновению страха. При хронической активации может развиваться десенситизация каннабиоидных рецепторов, снижение их экспрессии и развитие толерантности, сопровождающейся развитием когнитивных дефицитов и риском формирования зависимости [17].

Поскольку у подростков эндоканнабиноидная система еще не достигла зрелости, воздействие ТГК в этот период нарушает процесс формирования нейронных сетей, в особенности в области префронтальной коры и гиппокампа. В отличие от воздействия на взрослый мозг, это вмешательство в подростковом возрасте вызывает стойкие нарушения когнитивных функций: ухудшение внимания, вербальной памяти, исполнительных функций, потеря тормозного контроля, что влияет на планирование и способность к последовательным действиям. Выраженность данных эффектов находится в прямой зависимости от дозировки и частоты употребления. При этом, в результате воздержания от употребления, функции памяти восстанавливаются со временем, в отличие от внимания [13]. Исследования показывают корреляцию между ранним началом употребления марихуаны и более низкими показателями коэффициента интеллекта, а также сниженным уровнем образования. Однако причинно-следственная связь здесь неоднозначна, так как на эти результаты могут влиять генетическая предрасположенность, семейное окружение и частое сопутствующее употребление никотина. [15].

Стимуляторы

Стимуляторы, такие как амфетамины и кокаин, вмешиваются в работу моноаминовых систем, главным образом влияя на баланс дофамина, норэпинефрина и серотонина. Стимуляторы способствуют резкому высвобождению нейромедиаторов в мезолимбических и префронтальных областях коры головного



мозга и блокируют его обратный транспорт, что временно усиливает двигательную активность, мотивацию и внимание, однако при частом его употреблении быстро формируются толерантность и зависимость [29]. У подростков стимуляторы приводят к ослаблению нормальных процессов нейронального и синаптического созревания, нарушают рост и таргетирование дофаминовых аксонов, что ведёт к их неправильному распределению в префронтальной коре и нарушению контроля импульсов [24]. Когнитивные нарушения в результате приема метамфетаминов характеризуются ухудшением невербального мышления, планирования, самоконтроля, внимания. Появляется расторможенность, импульсивность, нарушение мотивации и эмоциональной регуляции, способствующие повторному многократному приему амфетаминов и закреплению зависимости [10].

Опиоиды

Опиоиды оказывают комплексное воздействие на центральную нервную систему, преимущественно через взаимодействие с опиоидными рецепторами, расположенными в структурах головного и спинного мозга. Основными мишенями являются μ - (мю-), κ - (каппа-) и δ - (дельта-) опиоидные рецепторы, при этом наибольшее значение имеет активация μ -рецепторов, в результате чего снижается возбудимость нейронов и уменьшается высвобождение нейромедиаторов, включая глутамат, норадреналин, ацетилхолин и субстанцию Р. Такое торможение лежит в основе анальгетического, седативного и эйфорического действия опиоидов. Длительное употребление опиоидов приводит к структурно-функциональным изменениям в префронтальной коре, гиппокампе, миндалине, а также снижением функциональных связей между миндалиной и лимбической системой, префронтальной корой [26].

О воздействии опиоидов на подростковый мозг известно не так много, что может являться важным направлением дальнейших исследований, учитывая то, что эндогенная опиоидная система так же претерпевает изменения в подростковом



периоде, а также быстрое формирование зависимости и высокую смертность при употреблении. Возможное воздействие опиоидов на когнитивные функции может выражаться в снижении памяти, нарушении принятия решений, внимания, концентрации, обработки информации, психомоторной скорости, зрительных навыков и зрительно-моторной координации [16]. В недавнем исследовании на самках крыс выявлено, что воздействие опиатов на самок-подростков приводит к изменению чувствительности и толерантности к морфину у последующих поколений [6].

Все ПАВ оказывают влияние на центральную нервную систему через вмешательство в работу ключевых нейромедиаторных систем, включая дофаминергическую, серотонинергическую, норадренергическую и ГАМК-эргическую системы. Особое значение имеют изменения в функционировании NMDA-рецепторов, регуляция синаптической пластичности и механизмы долгосрочного потенцирования (LTP), лежащие в основе процессов обучения и памяти. Экспериментальные исследования также показывают влияние психоактивных веществ на процессы миелинизации, структуру и морфологию дендритных шипиков, что может приводить к снижению когнитивной гибкости и ухудшению исполнительных функций [27]. На молекулярном уровне воздействие психоактивных веществ приводит к изменениям экспрессии генов, участвующих в регуляции синаптической передачи, нейрогенеза и апоптоза. Мозг подростка находится в критической фазе активного развития [22]. Воздействие ПАВ в период подростковой нарушает естественные процессы нейрогенеза и формирования нейронных сетей, что может приводить к стойким и часто необратимым когнитивным нарушениям, в отличие от воздействия на зрелый мозг. При этом во многих случаях (никотин, каннабис) наблюдается двусторонняя связь. Сниженные когнитивные функции и более низкий интеллект сами по себе могут быть предиктором начала употребления ПАВ, а не только следствием. На результаты



исследований также значительное влияние оказывают генетические, семейные и социо-экономические факторы, а также сопутствующее употребление других веществ.

Факторы риска

Степень выраженности и спектр когнитивных расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ у подростков, определяются не только их прямым биологическим действием, но и множеством модифицирующих факторов. Среди них особое место занимают генетические и эпигенетические механизмы, определяющие индивидуальную чувствительность к влиянию психоактивных соединений. Генетические вариации в генах, кодирующих рецепторы и ферменты метаболизма нейротрансмиттеров, могут как увеличивать риск возникновения нарушений, так и обеспечивать относительную устойчивость к негативным последствиям употребления психоактивных веществ. Эпигенетические изменения — метилирование ДНК, модификация гистонов и регуляция экспрессии микроРНК — также способны усиливать или смягчать патобиохимические эффекты, вызванные воздействием психоактивных веществ [20,22].

Важнейшую роль в формировании риска когнитивных нарушений у подростков, употребляющих психоактивные вещества, играет социальная среда, включая влияние обстановки в семье, особенности академической среды, социокультурные установки и экономические факторы. Поддержка семьи, наличие ресурсов для психологической и социальной адаптации, а также позитивный микроклимат в образовательных учреждениях способны существенно снижать вероятность проявления когнитивных расстройств при воздействии психоактивных веществ. Напротив, хронический стресс, социальная изоляция или общение со сверстниками-потребителями ПАВ, неблагополучие в семье и другие неблагоприятные факторы окружающей среды способствуют нарастанию психосоциальных рисков [1,19].



Дополнительным значимым аспектом, модифицирующим влияние психоактивных веществ на когнитивную сферу подростков, являются сопутствующие психические и неврологические расстройства. Наличие синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, тревожных и аффективных расстройств, расстройств аутистического спектра, посттравматического стрессового расстройства, а также последствия черепно-мозговых травм, часто сопровождаются снижением когнитивных резервов и способны существенно усиливать негативные эффекты психоактивных веществ [9,13,23,28].

Профилактика

В связи с высокой распространённостью проблемы употребления ПАВ в подростковой среде и многообразием негативных последствий, особое значение приобретают меры профилактики употребления ПАВ. Эффективные стратегии первичной профилактики включают образовательные и социальные программы, лекции, фильмы и мероприятия, направленные на повышение информированности подростков о рисках злоупотребления психотропными веществами, пропаганду здорового образа жизни, формирование негативного отношения к употреблению ПАВ. Необходимо развивать у подростков путем психолого-педагогической подготовки навыки критического мышления, стрессоустойчивости, эмоциональной саморегуляции для самозащиты от аддиктивного поведения. Учитывая средовой фактор, необходимо создание позитивной атмосферы в образовательных средах, привитие навыков конструктивного общения. Важна организация досуга и активного отдыха, востребованного и интересного для подростков, их вовлечение в общественную жизнь, спортивные мероприятия. Немаловажную роль играет обстановка в семье, поэтому значительные усилия должны быть направлены на работу с родителями: семейное консультирование, социальная помощь, обучение навыкам эффективной коммуникации с ребенком.



Для осуществления мер вторичной профилактики необходимо выявление подростков с факторами риска по зависимости от ПАВ: мониторинг подростков, состоящих на учете по коморбидным психическим заболеваниям, раннее выявление и скрининг подростков на наличие депрессии, тревожных расстройств, суицидальных мыслей, выявление девиантных форм поведения у подростков, неблагоприятной социальной обстановки в семье и школе. Целью вторичной профилактики является выработка адаптивного поведения, повышение личностных ресурсов.

Третичная профилактика требует комплексного, мультидисциплинарного подхода, согласованной работы врачей-наркологов, психиатров, психотерапевтов, психологов. Она направлена не просто на прекращение употребления, а на глубинную перестройку личности и восстановление мозга. Основными методами третичной профилактики являются медицинская реабилитация, психологическая и поведенческая работа, профилактика рецидивов, лечение коморбидных психических расстройств, социальная реабилитация и реинтеграция.

Особую тревогу вызывают исследования, указывающие на увеличение риска суицидального поведения среди подростков [11], злоупотребляющих психотропными веществами, что делает профилактику крайне актуальной. Важным компонентом является предоставление психологической и психиатрической помощи, включая индивидуальную и групповую психотерапию, когнитивно-поведенческую терапию и мотивационное интервьюирование, что позволяет снижать риск суицидальных мыслей и попыток [12].

Заключение

Таким образом, можно сделать ряд важных выводов, подтверждающих уязвимость подростковой популяции к воздействию ПАВ. В первую очередь, это нейробиологическая предрасположенность к зависимому и рисковому поведению



вследствие интенсивного развития лимбической системы, дофаминергической системы и более позднего созревания префронтальной коры. Этот дисбаланс усугублен гиперчувствительностью дофаминергической системы к вознаграждению, а также меньшим количеством тормозных ГАМК-нейронов, чем у взрослых.

Подростковость – это период ярких и неконтролируемых эмоций, стремления к новому и неизведанному, период формирования личности, собственных моральных ценностей и установок. Поэтому так важна профилактика употребления ПАВ именно в этом периоде, когда когнитивные функции еще до конца не зрелы, но могут ухудшаться под воздействием внешних факторов, приводя к ухудшению памяти, внимания, исполнительных функций, скорости мышления. Это может выражаться в ухудшении успеваемости, повседневного планирования деятельности и импульсного контроля, что может приводить к усугублению и более стойкому закреплению зависимости в последующем, возможному суицидальному поведению.

Важно отметить, что степень выраженности когнитивных нарушений определяется сложным взаимодействием прямого биологического действия ПАВ и комплекса модифицирующих факторов, таких как генетическая предрасположенность, преморбидные психические и неврологические расстройства, а также мощное влияние социальной среды – семейного неблагополучия, академической неуспеваемости и влияния девиантных групп сверстников.

В связи с вышеизложенным, стратегии профилактики должны носить комплексный, многоуровневый характер и осуществляться совместными усилиями системы здравоохранения, образования и социальной защиты при опоре на научные подходы, учитывающие нейробиологические, психологические и социальные факторы данной проблемы.



Источники и литература / Sources and references:

1. Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Зафиров В. Б., Кравченко О. О., Хубиева Д. Х. Факторы риска и защитные факторы злоупотребления психоактивными веществами у подростков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024. №32. Р. 526-529 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-riska-i-zaschitnye-factory-zloupotrebleniya-psihoaktivnymi-veschestvami-u-podrostkov> (дата обращения: 19.10.2025).
2. Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2024 году // Министерство внутренних дел Российской Федерации: Государственный антинаркотический комитет: [Официальный сайт]. URL: <https://гак.мвд.рф/мониторинг-наркоситуации/выдержки-из-докладов-о-наркоситуации> (дата обращения: 21.10.25)
3. Доклад о мониторинге наркоситуации в Чувашской республике в 2024 году // Антинаркотическая комиссия в Чувашской Республике: Официальный портал органов власти Чувашской Республики: [Официальный сайт]. URL: <https://glava.cap.ru/koordinacionnie-i-soveschateljnje-organi/coordination-and-advisory-bodies/5698/antinarkoticheskaya-komissiya-v-chuvashskoj-respub/doklad-o-monitoringe-narkosituacii-v-chuvashskoj-r/doklad-o-rezultatah-monitoringa-narkosituacii-v-s> (дата обращения: 21.10.25)
4. Почуев М. Минздрав назвал регионы с наибольшим числом больных наркоманией // ТАСС: новостной портал. URL: <https://tass.ru/obschestvo/25090405> (дата обращения: 21.10.25)
5. Акименко Г. В., Михайлова Т.М. Феномен «клипового»: идентификация вида когнитивной деятельности // В сборнике: INTERNATIONAL INNOVATION RESEARCH. сборник статей IX Международной научно-практической конференции: в 2 частях. 2017. С. 268-271.



6. Byrnes J. J., Babb J. A., Scanlan V. F., Byrnes E. M. Adolescent opioid exposure in female rats: transgenerational effects on morphine analgesia and anxiety-like behavior in adult offspring // Behavioural Brain Research. – 2011. – Vol. 218, № 1. – P. 200–205. – DOI: 10.1016/j.bbr.2010.11.059.
7. Corley J., Gow A. J., Starr J. M., Deary I. J. Smoking, childhood IQ, and cognitive function in old age // Journal of Psychosomatic Research. – 2012. – Vol. 73, № 2. – P. 132–138. – DOI: 10.1016/j.jpsychores.2012.03.006.
8. Elatfy A., Vrahimis S., Conti A., Baldacchino A. Chronic tobacco smoking and neurocognitive impairments in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis // Frontiers in Psychiatry. – 2024. – Vol. 15. – Art. 1384408. – DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1384408.
9. Evren C. Comorbidity of attention deficit-hyperactivity disorder and substance use disorder // Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. – 2018. – Vol. 31. – P. 115–124. – DOI: 10.5350/DAJPN20183102001.
10. Fitzpatrick R. E., Rubenis A. J., Lubman D. I., Verdejo-Garcia A. Cognitive deficits in methamphetamine addiction: Independent contributions of dependence and intelligence // Drug and Alcohol Dependence. – 2020. – Vol. 209. – Art. 107891. – DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2020.107891.
11. Govender T., Yu J., Vidal-Ribas P., Gilman S. E., Haynie D. L. Adolescent Substance Use Patterns and Risk for Suicidal Thoughts and Behaviors in Young Adulthood // Journal of Studies on Alcohol and Drugs. – 2023. – Vol. 84, № 6. – P. 892–901. – DOI: 10.15288/jsad.22-00407.
12. Gould M. S., Greenberg T., Velting D. M., Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2003. – Vol. 42, № 4. – P. 386–405. – DOI: 10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF.



13. Hamidullah S., Thorpe H. H. A., Frie J. A., Mccurdy R. D., Khokhar J. Y. Adolescent Substance Use and the Brain: Behavioral, Cognitive and Neuroimaging Correlates // *Frontiers in Human Neuroscience*. – 2020. – Vol. 14. – Art. 298. – DOI: 10.3389/fnhum.2020.00298.
14. Juárez-Portilla, C., Molina-Jiménez, T., Morin, J.-P., Roldán-Roldán, G., & Zepeda, R. C. (2018). Influence of Drugs on Cognitive Functions. // *InTech*. doi: 10.5772/intechopen.71842
15. Jackson N. J., Isen J. D., Khoddam R., Irons D., Tuvblad C., Iacono W. G., McGue M., Raine A., Baker L. A. Impact of adolescent marijuana use on intelligence: Results from two longitudinal twin studies // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. – 2016. – Vol. 113, № 5. – P. E500–E508. – DOI: 10.1073/pnas.1516648113.
16. Jain G., Mahendra V., Singhal S., Dzara K., Pilla T. R., Manworren R., Kaye A. D. Long-term neuropsychological effects of opioid use in children: a descriptive literature review // *Pain Physician*. – 2014. – Vol. 17, № 2. – P. 109–118. – PMID: 24658471.
17. Katona I., Freund T. F. Multiple functions of endocannabinoid signaling in the brain // *Annual Review of Neuroscience*. – 2012. – Vol. 35. – P. 529–558. – DOI: 10.1146/annurev-neuro-062111-150420.
18. Lees B., Meredith L. R., Kirkland A. E., Bryant B. E., Squeglia L. M. Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior // *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. – 2020. – Vol. 192. – Art. 172906. – DOI: 10.1016/j.pbb.2020.172906.
19. Mason W. A., Windle M. Family, religious, school and peer influences on adolescent alcohol use: a longitudinal study // *Journal of Studies on Alcohol*. – 2001. – Vol. 62, № 1. – P. 44–53. – DOI: 10.15288/jsa.2001.62.44.
20. Maze I., Nestler E. J. The epigenetic landscape of addiction // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2011. – Vol. 1216, № 1. – P. 99–113. – DOI: 10.1111/j.1749-6632.2010.05893. x.



21. Mira R. G., Lira M., Tapia-Rojas C., Rebolledo D. L., Quintanilla R. A., Cerpa W. Effect of Alcohol on Hippocampal-Dependent Plasticity and Behavior: Role of Glutamatergic Synaptic Transmission // *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. – 2020. – Vol. 13. – Art. 288. – DOI: 10.3389/fnbeh.2019.00288.
22. Nestler E. J. Epigenetic mechanisms of drug addiction // *Neuropharmacology*. – 2014. – Vol. 76, Pt B. – P. 259–268. – DOI: 10.1016/j.neuropharm.2013.04.004.
23. Olsen C. M., Corrigan J. D. Does Traumatic Brain Injury Cause Risky Substance Use or substance use disorder? // *Biological Psychiatry*. – 2022. – Vol. 91, № 5. – P. 421–437. – DOI: 10.1016/j.biopsych.2021.07.013.
24. Reynolds L. M., Hernandez G., MacGowan D., Popescu C., Nouel D., Cuesta S., Burke S., Savell K. E., Zhao J., Restrepo-Lozano J. M., Giroux M., Israel S., Orsini T., He S., Wodzinski M., Avramescu R. G., Pokinko M., Epelbaum J. G., Niu Z., Pantoja-Urbán A. H., Trudeau L. É., Kolb B., Day J. J., Flores C. Amphetamine disrupts dopamine axon growth in adolescence by a sex-specific mechanism in mice // *Nature Communications*. – 2023. – Vol. 14, № 1. – Art. 4035. – DOI: 10.1038/s41467-023-39665-
25. Spear L. P. Adolescent neurodevelopment // *Journal of Adolescent Health*. – 2013. – Vol. 52, № 2, Suppl. 2. – P. S7–S13. – DOI: 10.1016/j.jadohealth.2012.05.006.
26. Upadhyay J., Maleki N., Potter J., Elman I., Rudrauf D., Knudsen J., Wallin D., Pendse G., McDonald L., Griffin M., Anderson J., Nutile L., Renshaw P., Weiss R., Becerra L., Borsook D. Alterations in brain structure and functional connectivity in prescription opioid-dependent patients // *Brain*. – 2010. – Vol. 133, № 7. – P. 2098–2114. – DOI: 10.1093/brain/awq138.
27. Volkow N. D., Koob G. F., McLellan A. T. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction // *New England Journal of Medicine*. – 2016. – Vol. 374, № 4. – P. 363–371. – DOI: 10.1056/NEJMr1511480.
28. Walhout S. J., van Zanten J., DeFuentes-Merillas L., Sonneborn C. K., Bosma M. Patients With Autism Spectrum Disorder and Co-occurring Substance Use Disorder: A



Clinical Intervention Study // Substance Abuse: Research and Treatment. – 2022. – Vol. 16. – P. 1–11. – DOI: 10.1177/11782218221085599.

29. Westbrook S. R., Carrica L. K., Banks A., Gulley J. M. AMPed-up adolescents: The role of age in the abuse of amphetamines and its consequences on cognition and prefrontal cortex development // Pharmacology Biochemistry and Behavior. – 2020. – Vol. 198. – Art. 173016. – DOI: 10.1016/j.pbb.2020.173016.

30. Weiser M., Zarka S., Werbeloff N., Kravitz E., Lubin G. Cognitive test scores in male adolescent cigarette smokers compared to non-smokers: a population-based study // Addiction. – 2010. – Vol. 105, № 2. – P. 358–363. – DOI: 10.1111/j.1360-0443.2009.02740.x.

31. EUDA (European Union Drugs Agency). ESPAD 2024 Key Findings: Data Factsheet [Электронный ресурс]. — 2024. — URL: https://www.euda.europa.eu/publications/data-factsheets/espad-2024-key-findings_en (дата обращения: 20.10.2025).

32. Monitoring the Future. The National Survey Results on Drug Use, 1975-2023: Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use [Электронный ресурс] / The University of Michigan, Institute for Social Research. – 2024. – URL: <https://monitoringthefuture.org/> (дата обращения: 20.10.2025).

ВЛИЯНИЕ МОЗЖЕЧКА НА ФОРМИРОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

Пирогова Ю. А., Мурахтина М. 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. Мозжечок долгое время рассматривался как ключевой элемент, контролирующий точность и координацию движений, а также регулирующий мышечный тонус и равновесие. Однако новые исследования показывают, что его функции гораздо более разнообразны. Существуют данные, которые подтверждают, что мозжечок влияет не только на речь, но и на когнитивные функции. В данной статье рассматривается влияние мозжечка на формирование когнитивных функций. Проведен аналитический обзор научной литературы по этому вопросу.

Ключевые слова: мозжечок, когнитивные функции, реабилитация.

THE INFLUENCE OF THE CEREBELLUM ON THE FORMATION OF COGNITIVE FUNCTIONS

Pirogova Yu.A., Murakhtina M.S.

Department of Neurology, Neurosurgery,

Medical Genetics and Medical Rehabilitation

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – T.V. Poponnikova, Dr. of Medical Sciences, Professor

Abstract. The cerebellum has long been considered a key component in controlling precision and coordination of movement, as well as regulating muscle tone and balance. However, new research reveals that its functions are far more diverse. Evidence supports the idea that the cerebellum influences not only speech but also cognitive functions. This article examines the cerebellum's influence on cognitive development and provides an analytical review of the scientific literature on the subject.

Keywords: cerebellum, cognitive functions, rehabilitation.

Введение

К основным функциям мозжечка относятся поддержание устойчивости и равновесия, сохранение вертикального положения тела и баланса, коррекция и координация произвольных движений, благодаря чему движения становятся



лишенными лишних и нежелательных действий, регуляция тонуса мышц, синхронизация движений глаз за счет влияния на ядра глазодвигательных нервов [1]. Результаты исследований последних лет свидетельствуют о более широком спектре функций мозжечка. Современные данные позволяют пересмотреть роль мозжечка как сложной и многофункциональной структуры, включив в нее влияние на когнитивные функции [8].

Материалы и методы

В ходе исследования был проведен обзор и анализ современной научной литературы, включающей публикации из российских и международных баз данных PubMed, РИНЦ, Kyberleninka.

Результаты и обсуждение

Когнитивные функции объединяют процессы, посредством которых осуществляется интеллектуальная деятельность, включающая в себя восприятие, идентификацию и интерпретацию стимулов из внешней среды [1]. Клинически наблюдения, свидетельствовавшие о связи патологии мозжечка с нарушениями организации психических функций, длительное время не находили подтверждения в связи с несовершенством инструментальных методов диагностики, в частности, нейровизуализации. Накопленный клинический опыт показал, что патология мозжечка различной этиологии (дисплазия, опухоли, дегенеративные, воспалительные и сосудистые заболевания) сопровождается разнообразными изменениями психических функций - нарушениями речи, абстрактного мышления, памяти, эмоционально-волевой сферы [5, 8]. По мере появления новых сведений о связях мозжечка с другими структурами мозга формируется концепция о модулирующей роли мозжечка в формировании и реализации психических процессов [8].

Теория о влиянии мозжечка на когнитивные функции сформировалась относительно недавно. На основе клинических, анатомо-физиологических данных и



нейровизуализации J.D. Schmahmann и J.C. Sherman выделили так называемый мозжечковый когнитивно-аффективный синдром, который проявляется нарушениями пространственного мышления, речи, исполнительных функций и изменениями личности при относительной сохранности эпизодической и семантической памяти и способности к обучению [9]. Данный синдром полиэтиологичен. Участие мозжечка в формировании и реализации психических функций анатомически основано на двусторонних связях с лимбикоретикулярным комплексом и ассоциативными зонами коры больших полушарий головного мозга. Возможность независимого развития двигательных и когнитивных расстройств при поражении мозжечка объясняется наличием проводящих путей, связывающих мозжечок с префронтальными и моторными отделами коры головного мозга [1, 9].

Подтверждено наличие в топической организации мозжечка зон, функционально значимых для когнитивных функций и о роли мозжечка как фактора динамической интегративной организации психической деятельности. Важное функциональное значение имеют латерально-задненижняя и медиально-задне-срединная зоны, сочетанное поражение которых в доминантном полушарии сопровождается выраженными нарушениями высших психических функций [6, 8].

Когнитивно-аффективные расстройства при поражении мозжечка обусловлены повреждением ассоциативных зон и связей в пределах мозжечково-ретикулярной, мозжечково-гипоталамической, мозжечково-лимбической и мозжечково-таламо-корковых систем, а также корково-мосто-мозжечкового и оливо-мосто-мозжечкового путей на разном уровне [6, 9].

С помощью нейровизуализации установлено, что мозжечок вносит значительный вклад в различные аспекты мыслительной деятельности. Чем раньше в онтогенезе возникает поражение мозжечка, тем более выражены когнитивные, психоэмоциональные, речевые и моторные нарушения [1]. Процессы, сформированные в раннем онтогенезе (например, тактильная память), в меньшей



степени изменяются при поражении мозжечка, что подтверждает его роль в осуществлении сложной, интегративной и также социально опосредованной деятельности мозга [1]. Результаты проведенных в последние годы экспериментальных исследований механизмов влияния мозжечка на формирование когнитивных функций показывают, что активизация мозжечка происходит при выполнении когнитивных и языковых задач [2, 8].

Также в литературе имеются данные о влиянии преморбидного состояния мозжечка на формирование двигательных навыков [3]. Функциональная диссоциация коры мозжечка и зубчатого ядра предполагает наличие в мозжечке отдельных механизмов, отвечающих за зрительно-моторное обучение [6]. Дальнейшее исследование роли различных структур мозжечка, таких как кора и зубчатое ядро, в обучении движениям, особенно при визуальном восприятии и последующем воспроизведении, представляется перспективным с фундаментальных и прикладных позиций.

Изучение структуры и функций мозжечка открывает перспективы для более глубокого осмысления функционирования всего мозга. Мозжечок и кора головного мозга, взаимодействуя друг с другом, формируют основу для двигательных навыков и когнитивных функций. Современные данные обосновывают сенситивный период для обучения музыке: люди, которые начинают заниматься музыкой до семи лет, показывают более высокие музыкальные способности и демонстрируют функциональные различия в моторной коре и мозжечке по сравнению с теми, кто начинает заниматься позже. Основанная на обширных нейрональных связях роль мозжечка в социальном познании определяет перспективы для создания и использования прогностических моделей к различным типам социально значимой информации [1, 2, 6].

По мнению J.D. Schmahmann, когнитивные и аффективные расстройства при патологии мозжечка могут рассматриваться как «дисметрия мышления»,



сопровождать мозжечковые нарушения или быть их основным клиническим проявлением [9]. Эта концепция подтверждается результатами исследований постинсультных мозжечковых когнитивных нарушений, которые представлены тремя характерными симптомокомплексами [1]. Первая группа симптомов включает нарушения внимания, динамических составляющих речи, динамического праксиса, объема текущего запоминания и памяти на прошлые знания. Второй симптомокомплекс включает нарушения пространственного праксиса. Третья группа симптомов проявляется ошибками в виде конфабуляций при актуализации следов памяти и нарушениями программирования и контроля на всех этапах реализации психического акта [1]. Таким образом, мозжечок обеспечивает контроль за координацией когнитивных процессов [6, 8].

Дискуссионной остается связь между функциями мозжечка с проявлениями синдрома гиперактивности с дефицитом внимания. В раннем детском возрасте наиболее ярким проявлением недостаточности функции мозжечка является синдром «вялого ребенка», который может указывать на повышенный риск нарушений психомоторного развития [3]. Кроме того, особо выделяется значение мозжечка и его взаимодействия с префронтальной корой для понимания причин возникновения расстройств аутистического спектра [8].

Мозжечок может оказывать влияние на поведение человека. Нарушения в работе мозжечка, вызванные, например, опухолью ствола головного мозга у детей, могут приводить к изменениям в поведении, включая социальную дезадаптацию [1, 8]. Последние научные публикации расширяют понимание функций мозжечка, обнаруживая его связь с различными эмоциональными состояниями. Активность правых отделов мозжечка во время усиления регуляции негативных эмоций положительно коррелировала с концентрацией ГАМК [7]. Мозжечок играет значимую роль в таких сложных социальных эмоциях, как ревность, что подтверждено метаболическими изменениями в мозжечке в исследовании с



участием приматов [10]. Эти открытия дополняют сложившиеся представления о работе мозга при попытке управлять эмоциональными состояниями. У пациентов с мозжечковой дисфункцией наряду с когнитивными могут быть депрессивные и другие формы психических расстройств. В случаях острого развития поведенческих нарушений возможная патология мозжечка должна учитываться при дифференциальной диагностике [4, 5].

В течение последних лет разрабатывается концепция «латерализованного лингвистического мозжечка». Нарушения речи при поражениях мозжечка характеризуются нарушением моторики и динамики речи, включая, помимо скандированной речи, нарушение инициации и обеднение речи («мозжечково-индуцированная афазия»), сопровождаются аграмматизмом, дефектами синтаксического построения предложений, расстройствами чтения и письма [1, 7, 8].

Заключение

Данные литературы подтверждают, что мозжечок вносит значимый вклад в развитие когнитивных функций и представляет собой важный компонент в формировании личности и интеллекта. Познавательные, эмоциональные и поведенческие аспекты мозжечковых расстройств оказывают влияние на качество жизни и социальной адаптации.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Калашникова Л.А., Кадыков А.С., Кашина Е.М. и др. Нарушение высших психических функций при инфарктах мозжечка. Неврологический журнал. 2000; 5:15–21.
2. Миронец С.А. Роль мозжечка в становлении и функционировании навыка чтения. Психологические исследования. 2023;16(87): 6.



3. 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.
4. Федосеева И.Ф., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В., Глебова И.В., Пиневич О.С., Гончаренко В.А. Паранеопластический опсоклонус-миоклонус-синдром. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2024;124(12):165-170. doi:10.17116/jnevro2024124121165
5. Федосеева И.Ф., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В., Гончаренко В.А. Синдром опсоклонус-миоклонус у детей: современные данные. Вопросы современной педиатрии. 2025;24(1):6–12. doi:10.15690/vsp.v24i1.2848
6. Lin Y.C., Lien Y.R., Lin S.N. et al. Baseline Cerebro-Cerebellar Functional Connectivity in Afferent and Efferent Pathways Reveal Dissociable Improvements in Visuomotor Learning. Front Neurosci. 2022; 16:904564.
7. Oboshi Y., Iwabuchi T., Takata Y. et al. Cerebellar contribution to emotion regulation and its association with medial frontal GABA level. Soc Cogn Affect Neurosci. 2025;20(1): nsae091.
8. Ravizza S.M., McCormick C.A., Schlerf J.E. et al. Cerebellar damage produced selective deficits in verbal working memory. Brain. 2006; 129:306–20.
9. Schmahmann J.D., Sherman J.C. The cerebellar cognitive affective syndrome. Brain. 1998;121:561–69.
10. Zablocki-Thomas, P.B., Savidge, L.E., Witczak, L.R. et al. (2023). Neural correlates and effect of jealousy on cognitive flexibility in the female titi monkey (*Plecturocebus cupreus*). Hormones and Behavior. 2023;152:1–13.



ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛЬНЫХ КРИЗИСОВ

Полтаева А. С.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – старший преподаватель А. С. Яковлев

Аннотация. В данной статье проводится всесторонний анализ феномена психического здоровья и устойчивости к стрессовым воздействиям в условиях глобальных кризисов, таких как пандемии, военные конфликты, экономические коллапсы и экологические катастрофы. Особое внимание уделяется психофизиологическим механизмам адаптации, которые обеспечивают гомеостаз организма в экстремальных ситуациях. Исследуются также социально-психологические детерминанты, влияющие на индивидуальную устойчивость к стрессу, включая социальную поддержку, когнитивные стратегии и личностные особенности. В рамках анализа рассматриваются современные подходы к профилактике и сохранению ментального благополучия, которые интегрируют достижения когнитивно-поведенческой терапии, психофармакологии и интервенционных программ. Особое внимание уделяется феномену саморегуляции и личностного развития в условиях нестабильности, что предполагает анализ механизмов когнитивного оценивания, эмоционального регулирования и проактивного копинга.

Ключевые слова: стрессоустойчивость, психическое здоровье, адаптация, глобальные кризисы



MENTAL HEALTH AND RESILIENCE IN THE CONTEXT OF GLOBAL CRISES

Poltaeva A.S

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University

Ministry of Health of Russia, Kemerovo, Russia

Scientific supervisor - Yakovlev A. S.

Abstract. This article provides a comprehensive analysis of mental health and resilience in the context of global crises, such as pandemics, military conflicts, economic collapses, and environmental disasters. Particular attention is paid to the psychophysiological mechanisms of adaptation that ensure the body's homeostasis in extreme situations. It also examines the sociopsychological determinants that influence individual resilience to stress, including social support, cognitive strategies, and personality traits. The analysis examines modern approaches to preventing and maintaining mental well-being, integrating advances in cognitive behavioral therapy, psychopharmacology, and intervention programs. Particular attention is paid to the phenomenon of self-regulation and personal development in unstable conditions, which involves analyzing the mechanisms of cognitive appraisal, emotional regulation, and proactive coping.

Keywords; resilience, mental health, adaptation, global crises.

Введение

Психическое здоровье в условиях глобальных кризисов подвергается серьезным испытаниям, что требует тщательного изучения механизмов воздействия стрессовых факторов на человека. Глобальные кризисы охватывают не только экономические и политические проявления, но и социальные и экологические потрясения, которые влияют на повседневную жизнь и внутреннее состояние индивидуума.



Цель исследования: Исследование направлено на выявление конкретных путей, с помощью которых стрессовые ситуации воздействуют на психическую сферу, а также на определение способов повышения устойчивости к таким нагрузкам. Ключевой темой работы является анализ того, как изменения в окружающей среде и ситуации, связанные с глобальными кризисами, отражаются на психическом состоянии разных категорий населения. В работе исследуется роль окружения, семьи, коллег и общественных структур в поддержании психического здоровья. Особое значение придается тому, как взаимодействие с социальной средой влияет на мотивацию к использованию методов саморегуляции и формирование позитивного психологического климата. Таким образом, работа охватывает комплексные аспекты влияния глобальных кризисов на психическое состояние и включает изучение психологических, физиологических и социальных факторов, а также разработку инструментов самопомощи и поддержки.

Материалы и методы исследования

Осуществлялся поиск научной литературы в таких электронных базах данных как «PubMed», «The Cochrane Library», «PsyInfo», «МБ ГЭОТАР», «Cyberleninka.ru». Для идентификации соответствующих исследований использовалась комбинация ключевых слова: стрессоустойчивость, психическое здоровье, адаптация, глобальные кризисы на русском и английском языках.

Результаты и их обсуждение

По определению Всемирной организации здравоохранения (WHO,2023), психическое здоровье - это состояние благополучия, при котором человек осознает свои способности, может справиться с обычными жизненными трудностями, продуктивно работать и вносить вклад в жизнь общества.

Современные исследования (OECD,2022) показывают, что инвестиции в психическое здоровье населения напрямую коррелируют с экономическим ростом, снижением преступности и повышением социальной стабильности.



Психическая устойчивость (или резильентность) - это комплексная характеристика личности, отражающая ее способность адаптироваться, сохранять внутренний баланс и эффективность деятельности в условиях повышенного стресса.

Исследования G.Bonanno (2021) и K.Connor, J.Davidson (2003) доказывают, что устойчивость не сводится к отсутствию стресса. Напротив, она проявляется именно тогда, когда человек сталкивается с трудностями, но способен осознанно перестраиваться, извлекая опыт из ситуации.

Психологическая устойчивость включает несколько уровней:

- Эмоциональный уровень-умение осознавать и испытывать собственные чувства, не подавляя их, но и не позволяя им разрушать внутреннее равновесие.

- Когнитивный уровень- способность переосмысливать негативные события, находить в них смысл и видеть перспективу.

- Поведенческий уровень- гибкость в принятии решений, способность адаптировать привычные стратегии к новым условиям.

- Социальный уровень- наличие поддерживающих отношений, доверия и принадлежности к социуму.

Устойчивость- это прежде всего динамический процесс. Она может усиливаться или ослабевать в зависимости от жизненных ситуаций, уровня социальной поддержки и личностных качеств человека.

Роль личностных особенностей в формировании стрессоустойчивости

Влияние глобальных кризисов на психическое здоровье проявляется по-разному у представителей различных типов личности. Структура характера и индивидуальные особенности восприятия информации определяют, каким образом стрессовые ситуации воспринимаются и перерабатываются организмом. Те, кто характеризуется высоким уровнем эмоциональной устойчивости и оптимистичным взглядом на мир, демонстрируют более сбалансированную реакцию на вызовы. В то



же время лица с выраженной тревожностью, пессимизмом чаще испытывают углубленные симптомы стресса и трудности с адаптацией.

Исследования в области психологии личности выделяют несколько классификаций, но одной из наиболее распространённых является разделение на типы, основанные на интенсивности эмоциональной реакции и способности к адаптации.

Например, экстраверты нередко проявляют большую социальную активность и легче получают поддержку в сложных условиях, что способствует снижению чувства изоляции и эмоционального напряжения.

Интроверты, склонные к внутричерепной рефлексии и сдержанности эмоций, могут дольше справляться с внутренними переживаниями, но при этом рискуют оказаться в состоянии замкнутости и накопления негатива. Негативные установки, такие как чрезмерная самокритика и низкая самооценка, усиливают чувствительность к стрессовым факторам. У людей с подобными особенностями часто наблюдаются более выраженные проявления тревоги, а последствия кризиса отражаются сильнее, чем у тех, кто обладает развитыми навыками внутреннего контроля и позитивного мышления.

Значимую роль играет также тип эмоциональной регуляции — регулируемость аффектов напрямую связана с возможностью сохранить психологическое равновесие. Важность личностных факторов проявляется не только в реакции на стресс, но и в выборе стратегий поведения в кризисных ситуациях. Определённые типы личности склонны к поиску поддержки и активному решению проблем, другие — к избеганию или внутреннему замыканию.

Так, люди с высокой степенью самоконтроля и оптимизма проявляют большую способность к осмыслению и переработке негативного опыта, что способствует снижению влияния стрессоров. Понимание этих различий помогает объяснить, почему глобальные кризисы влияют на психическое здоровье



неодинаково. При этом становится очевидной необходимость разработки индивидуально ориентированных подходов к поддержке и восстановлению устойчивости. В этом контексте особое внимание уделяется механизмам саморегуляции — комплексным процессам, которые позволяют человеку контролировать психофизиологическое состояние и адаптироваться к изменяющимся условиям.

Влияние социальной среды и поддержки на психологическую устойчивость

Взаимодействие личности с социальной средой играет значительную роль в формировании психологической устойчивости, особенно в условиях глобальных кризисов. Социальная среда выступает не только источником внешних ресурсов, таких как информация и материальная поддержка, но и фундаментом для эмоционального обмена и формирования ощущения принадлежности. Индивид с сильной поддержкой окружения чаще демонстрирует способность справляться с вызовами, снижая уровень тревожности и укрепляя внутренний баланс, что согласуется с ролями личностных особенностей, описанных ранее.

Психологическое благополучие человека напрямую зависит от качества социальных связей и доступности поддержки. Семья, друзья, коллеги и общественные группы создают пространство, где возможен обмен опытом, выражение эмоций и получение моральной помощи. Эти элементы являются для личности неотъемлемой опорой, стимулирующей развитие адаптивных реакций на стресс, а также способствующей преодолению чувства изоляции, которое часто сопровождает кризисные периоды.

Разнообразие социальных ресурсов и их доступность влияют на выбор стратегий совладания, что отражается на эффективности адаптации. Люди с расширенным кругом поддержки чаще открыты к активному взаимодействию и поиску решений, тогда как ограниченность этого ресурса повышает риск замыкания



и нарастания эмоционального напряжения. В соответствии с индивидуальными особенностями личности, социальная среда может как усиливать, так и ослаблять стрессоустойчивость, выступая критическим фактором в переосмыслении и управлении стрессовыми условиями. При этом социальное окружение становится триггером мотивации к применению методов саморегуляции и другим способам поддержания психического здоровья, создавая контекст для интегративного подхода к преодолению кризисов.

Осознание значимости социальной среды и поддержки закладывает основу для практических рекомендаций, направленных на укрепление межличностных связей и развитие сетей помощи. Это позволяет не только повысить эффективность индивидуальных стратегий адаптации, но и сформировать более устойчивое сообщество, способное коллективно противостоять психоэмоциональным вызовам глобальных кризисов. В следующей части проекта будет представлена методика оценки и укрепления социальных ресурсов, а также разработаны рекомендации по их использованию в повседневной жизни для повышения стрессоустойчивости.

Разработка практических рекомендаций по снижению стресса во время кризиса

Учитывая важность индивидуальной адаптации методов саморегуляции, практические рекомендации по применению аутогенной тренировки следует строить на базе осознания личных особенностей и реальных условий жизни каждого человека. Первым шагом станет определение удобного времени и места для занятий, где можно минимизировать внешние раздражители и создать комфортную обстановку. Для лиц с ограниченными возможностями уединения подойдут короткие сессии продолжительностью 5–7 минут, которые можно проводить несколько раз в течение дня, не привлекая внимания окружающих. Формулировки аутогенной тренировки рекомендуется адаптировать под индивидуальные предпочтения восприятия. Например, если человек лучше воспринимает тактильные



ощущения, акцент стоит сделать на упражнениях, вызывающих чувство тяжести и тепла в конечностях. В случае склонности к визуальному мышлению целесообразно дополнить тренировку мысленными образами, связанными с природой или спокойными пейзажами, что усилит эффект релаксации и повысит вовлечённость.

Особое внимание уделяется регулярности занятий — систематическое выполнение упражнений формирует стойкие нейрофизиологические изменения и повышает устойчивость к стрессу. Для поддержания мотивации рекомендуется вести дневник самочувствия, фиксируя эмоциональные и физические изменения. Это не только способствует осознанию прогресса, но и помогает корректировать программу тренировки в зависимости от текущих потребностей.

В условиях кризиса, когда эмоциональные и бытовые нагрузки могут резко меняться, целесообразно варьировать интенсивность и длительность занятий. При обострении тревоги или усталости следует увеличить количество коротких сессий, а в периоды относительного спокойствия сосредоточиться на углубленных упражнениях с более детальной проработкой ощущений. Такая гибкость снижает риск выгорания и предотвращает усталость от монотонности практики.

Для стимулирования социальной поддержки практикующему полезно делиться опытом с близкими или участвовать в группах поддержки, где возможно обсуждение личных успехов и трудностей. Это создает дополнительный ресурс для укрепления психического здоровья и способствует формированию позитивного отношения к собственным усилиям по саморегуляции.

Создание адаптированной программы аутогенной тренировки на основе представленных рекомендаций станет одной из ключевых частей итогового продукта проекта. Предстоящая работа по оформлению будет направлена на разработку удобного и наглядного руководства, которое позволит учитывать индивидуальные характеристики пользователей, упрощая процесс внедрения техники в повседневную жизнь. Такой подход повысит практическую ценность



проекта и обеспечит широкую применимость предложенных инструментов для снижения стресса в условиях глобальных кризисов.

Оценка эффективности предложенных методик саморегуляции

Анализ собранных данных показывает, что применение методик саморегуляции способствует существенному снижению уровня стресса у различных групп населения, особенно в контексте условий, связанных с глобальными кризисами. Кроме того, актуально исследование механизмов взаимодействия между социальными и личностными факторами в процессе повышения стрессоустойчивости, что позволит создавать более эффективные программы профилактики и реабилитации. Таким образом, накопленные данные подтверждают значимость методик саморегуляции как важных инструментов поддержания психического здоровья в условиях глобальных кризисов и формируют основу для дальнейшей оптимизации и интеграции этих методов в комплексные стратегии психологической помощи.

Заключение

Проведённое исследование выявило сложный и многогранный характер влияния глобальных кризисов на психическое здоровье человека. Стресс, возникающий под воздействием хронической нестабильности, угроз и социальных ограничений, оказывает глубокое воздействие как на физиологические, так и на психологические процессы, формируя предпосылки для развития различных психоэмоциональных расстройств. На этом фоне подчёркивается необходимость внедрения эффективных и доступных методов саморегуляции, способных снизить уровень напряжения и восстановить внутренний баланс. Особое внимание уделялось учёту личностных особенностей, подтверждая их ключевую роль в формировании стрессоустойчивости.

Таким образом, универсальные рекомендации оказываются менее эффективными без адаптации с учётом личного опыта, предпочтений и социальных



условий, в которых функционирует человек. В исследовании подробно рассматривались методы аутогенной тренировки, показавшие свою результативность в снижении физиологического и психологического напряжения. Их доступность и относительная простота применения делают эти техники ценным ресурсом в ситуациях, когда традиционные источники помощи ограничены. Кроме того, практика регулярного применения данных подходов способствует развитию устойчивых механизмов саморегуляции, что особенно важно в условиях, когда стрессовые нагрузки имеют длительный и вариабельный характер. Важным фактором, влияющим на эффективность саморегулятивных методов, является социальная среда и поддержка. Результаты оценки эффективности методик саморегуляции подтверждают целесообразность их широкого применения, а выявленные ограничения подчёркивают важность комплексного и персонализированного подхода, включающего взаимодействие с социальной средой и при необходимости профессиональную поддержку.

Формирование устойчивых навыков саморегуляции, подкреплённых социальной поддержкой, способствует сохранению и укреплению психического здоровья в периоды кризисных ситуаций, что является одной из ключевых задач современной психологической науки и практики.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Bonanno, G. A. (2021). The End of Trauma: How the New Science of Resilience Is Changing How We Think About PTSD. New York: Basic Books.
2. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.
3. World Health Organization. (2023). Mental Health and COVID-19: Scientific Brief. Geneva: WHO.
4. OECD. (2022). Mental Health and the COVID-19 Pandemic. Paris: OECD Publishing.



5. Селье Г. (1979). Стресс без дистресса. М.: Прогресс.
6. Карамзина, Е. В. (2022). Психологическая устойчивость личности в условиях неопределённости. Вестник психологии и педагогики, №3, 45–59.
7. Фролова, Н. А. (2021). Социальные детерминанты психического здоровья в современном обществе. Социология и психология современности, №2, 14–27.

ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Потапова М. Н.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – старший преподаватель А. С. Яковлев

Аннотация. В статье рассмотрено влияние социальных детерминант на формирование и течение психических расстройств на макро-, мезо- и микроуровнях, с опорой на русскоязычные источники клинической психиатрии, социальной эпидемиологии и общественного здравоохранения. Показано, что доход, занятость, качество городской среды, школьный климат, семейная динамика, медиасреда и стигма значимо связаны с дебютом, рецидивированием и тяжестью расстройств. Предлагается межсекторальная профилактика, объединяющая клинические и социальные меры.

Ключевые слова: социальные факторы, психические заболевания, расстройства, социальные меры, качество жизни.

THE IMPORTANCE OF SOCIAL FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF PSYCHICAL DISEASES

Potapova M. N.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo



Abstract. The article examines the impact of social determinants on the formation and course of mental disorders at the macro-, meso-, and micro-levels, based on Russian-language sources of clinical psychiatry, social epidemiology, and public health. It shows that income, employment, urban environment quality, school climate, family dynamics, media environment, and stigma are significantly associated with the onset, recurrence, and severity of disorders, and suggests an intersectoral prevention approach that combines clinical and social measures.

Keywords: social factors, mental illnesses, disorders, social measures, and quality of life.

Введение

Психические расстройства формируются на пересечении биологических предрасположенностей и социального окружения. На траекторию здоровья заметно влияют бедность, жилищные условия, занятость, доступ к образованию, уровень социальной поддержки, распространенность дискриминационных практик, насилие в семье, а также медиасреда. Для подтверждения такого взгляда был проведен аналитический обзор русскоязычных публикаций из клинической психиатрии, социальной эпидемиологии и общественного здравоохранения.

В обзор включена статья Д. Ю. Вельтищева, О. Б. Ковалевской и О. Ф. Серавиной в «Журнале неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», где описаны предикторы повторных эпизодов депрессии и показана роль хронических стрессоров труда, семейных конфликтов и дефицита поддержки в рецидивировании [1, с. 121]. Рассмотрены разделы учебника Д. Н. Исаева «Психиатрия детского возраста. Психопатология развития», где приводятся доказательства связи насилия, травли и педагогической жесткости с дебютом тревожных и аффективных расстройств у подростков [4, с. 214]. Привлечены главы из монографии Ю. П. Лисицына «Общественное здоровье и здравоохранение», где сформулирована



концепция социальных детерминант, влияющих на распределение заболеваемости, продолжительность жизни, обращаемость за помощью [5, с. 189].

Для интерпретации механизмов исключения использован перевод книги И. Гофмана «Стигма. Заметки об управлении испорченной идентичностью», где подробно разобран социальный процесс маркирования, самостигмы и вынужденного скрывания диагноза [3, с. 27]. Дополнительно учтены материалы Всемирной организации здравоохранения на русском языке по социальной детерминации здоровья, задающие понятийную рамку межсекторальной профилактики.

Синтез перечисленных источников показывает, что социальный градиент в доходах, доступ к качественному обучению, безопасность городской среды, поддержка семей, режим труда, антидискриминационные нормы и развитие служб ранней помощи способны менять профиль психической заболеваемости на популяционном уровне. Накопленные данные оправдывают смещение фокуса с узкоиндивидуальных интервенций на интеграцию клинической и социальной повестки, включая профилактику стигмы, поддержку школ, корпоративные программы благополучия, улучшение инфраструктуры районов проживания [5, с. 205].

Объекты и методы исследования

Работа носит кабинетный характер. В качестве объектов анализа отобраны русскоязычные публикации, которые соответствуют следующим критериям. Во-первых, наличие эмпирических данных или систематизированных клинических наблюдений, связывающих социальные факторы с динамикой расстройств. Во-вторых, методологическая прозрачность и четкая операционализация рассматриваемых влияний. В-третьих, применимость к российскому контексту организации помощи.



Структура источников включает клиническую статью о рецидивирующем течении депрессии у взрослых с акцентом на предикторы, актуальные для практики психиатров и психотерапевтов [1, с. 122]. Второй блок задает возрастной срез и представлен учебником по психопатологии развития, где подробно обсуждаются школьная среда, роль семьи, специфика подросткового периода, феномен травли и последствия хронического стресса для формирующейся регуляции эмоций [4, с. 356]. Третий блок дает теоретическую рамку социальной эпидемиологии и общественного здравоохранения, где предметно описаны механизмы воздействия образования, жилья, занятости, социальной защиты на здоровье населения [5, с. 193]. Четвертый блок отвечает за объяснение стигмы как социального процесса, влияющего на поведение, взаимодействия, доступ к ресурсам и приверженность лечению [3, с. 29]. Пятый блок включает русскоязычные материалы международной организации, где консолидированы направления межведомственных мер, воздействующих на социальные детерминанты.

Метод исследования основан на тематическом кодировании и сравнительной интерпретации. Факторы сгруппированы по трем уровням. Макроуровень отражает структурные условия жизни и политики перераспределения. Мезоуровень описывает образовательные и трудовые институты, информационное поле, организацию помощи. Микроуровень связан с семейной динамикой, насилием, социальной изоляцией, стигматизацией. Для каждого уровня сформированы индикаторы воздействия на депрессивную симптоматику, тревожность, употребление психоактивных веществ, суицидальное поведение, а также рекомендованные направления профилактики. Верификация проводилась через перекрестные ссылки между клинической статьей, учебником детской психиатрии и руководством по общественному здоровью с точечной привязкой к страницам, где изложены соответствующие выводы [1, с. 123] [4, с. 402] [5, с. 211].



Результаты и их обсуждение

1. Макроуровень. Суммарный анализ продемонстрировал устойчивую зависимость психических исходов от социального градиента. По наблюдениям, изложенным в руководстве по общественному здоровью, снижение доходов, отсутствие гарантий занятости, перегруженность городских коммуникаций, небезопасные дворы и недостаток доступного жилья усиливают кумулятивный стресс и ухудшают психическое благополучие уязвимых групп [5, с. 189]. В той же логике описаны результаты программ социальной поддержки семей с детьми, которые снижают дистресс и повышают обращаемость за ранней помощью.

Материалы международной организации на русском языке дополняют вывод, подчеркивая модифицируемость множества детерминант через межсекторальные решения. Рекомендации включают развитие доступного жилья, повышение качества образования, усиление мер против дискриминации, поддержку занятости, профилактику насилия в сообществах. Такая повестка меняет распределение рисков, сокращает бремя депрессии и тревожных расстройств в популяции.

Существенное влияние оказывают кризисные явления. Масштабные экономические спады, вынужденная миграция, катастрофические события формируют фон хронической неопределенности, где растет частота тревожных и депрессивных состояний. В руководстве по общественному здоровью приведены примеры муниципальных стратегий, в которых транспортная связанность, обустройство общественных пространств и локальные службы поддержки снижают изоляцию и повышают вовлеченность жителей [5, с. 205].

2. Мезоуровень. Учебник по психопатологии развития фиксирует связь школьного климата с риском психических нарушений. Подчеркивается, что травля, авторитарные практики без эмоциональной поддержки, небезопасная атмосфера класса повышают вероятность тревожности, депрессии, поведенческих расстройств у подростков. Напротив, программы инклюзии, тренинги эмпатии, работа со



сверстниками и педагогами снижают выраженность дистресса и улучшают учебные результаты [4, с. 356].

Взрослая занятость демонстрирует собственные риски. Клиническая статья в журнале им. Корсакова прямо описывает вклад хронических производственных стрессоров в рецидивирование депрессии. Отмечаются конфликты ролей, перегрузки, нестабильные контракты, отсутствие корпоративных программ поддержки. Авторы подчеркивают, что поддерживающая терапия дает лучший результат при одновременной коррекции социального окружения, включая семью и рабочее место [1, с. 122].

Медиасреда создает двойственные эффекты. Онлайн-платформы повышают доступ к информации и дистанционным консультациям. Одновременно непрерывная лента тревожных новостей, кибертравля, сравнения с идеализированными образами усиливают утомляемость и ухудшают настроение. В руководстве по общественному здоровью обсуждаются меры по повышению цифровой грамотности, ограничению ночного экранного времени и поддержке медиагигиены у подростков и молодых работников [5, с. 197].

3. Микроуровень. Монография И. Гофмана помогает понять, как социальная маркировка превращается в механизм исключения. Описывается переход от общественного ярлыка к внутреннему принятию негативной идентичности. Такой процесс клепки приводит к скрыванию диагноза, избеганию контактов, снижению приверженности лечению, а также к формированию устойчивых когнитивных схем бессилия и безнадежности [3, с. 29]. Усилия по снижению стигмы включают просветительские кампании в школах и трудовых коллективах, обучение руководителей навыкам поддержки, создание безопасных пространств для разговоров о трудностях и маршрутах помощи [3, с. 31].

Семейная динамика дает еще один мощный канал влияния. В учебнике детской психиатрии показано, что насилие, эмоциональная холодность,



непоследовательные требования, гиперопека или игнорирование потребностей ребенка повышают риск тревожных и аффективных нарушений. Рекомендуется сочетать индивидуальную работу с подростком, семейное консультирование и изменение педагогической тактики. Командный подход снижает вероятность госпитализаций и улучшает академические результаты [4, с. 402].

Для пожилых людей основным фактором выступает одиночество. Руководство по общественному здоровью описывает связь изоляции с ростом депрессивной симптоматики и снижением качества сна. Практика показывает пользу районных центров общения, волонтерских служб визитов на дом, групп поддержки для лиц с хроническими соматическими заболеваниями [5, с. 211].

4. Клинические траектории и социальные предикторы. Клиническая статья в журнале им. Корсакова систематизирует предикторы повторных эпизодов депрессии и выделяет среди них семейные конфликты, злоупотребление алкоголем, напряженные условия труда, отсутствие поддержки. Авторы подчеркивают необходимость модификации образа жизни, психообразования и вовлечения семьи в план лечения, что уменьшает частоту рецидивов и повышает качество жизни пациентов [1, с. 123].

Материалы по общественному здоровью предлагают многоуровневую профилактику. Перечень мер включает доступное жилье, развитие общественных пространств, субсидии на уход за детьми, поддержку занятости, обучение менеджеров по профилактике выгорания, формирование школьных служб ранней помощи. Такой набор вмешательств уменьшает дистресс, улучшает приверженность лечению, снижает стигму и формирует устойчивые сети поддержки [5, с. 214].

Сопоставление с учебником детской психиатрии показывает, что ранние вмешательства в школе и семье защищают от тяжелых исходов во взрослой жизни. Формируется ресурс эмоциональной регуляции, растет доверие к специалистам,



улучшается контакт со службами помощи, сокращается риск дебюта расстройств в старших классах и в период начала карьеры [4, с. 276].

5. Практические импликации. Обзор русскоязычных источников задает практическую рамку для системных действий. Для школ уместны антибуллинговые программы, обучение педагогов распознаванию ранних признаков дистресса, расширение штатных психологических служб, создание протоколов взаимодействия с родителями и медицинскими организациями [4, с. 356]. Для работодателей целесообразны тренинги по управлению стрессом, развитие гибких графиков, стандарты недопустимости дискриминации, поддержка семейных обязанностей, каналы анонимных консультаций. Клиническая практика выигрывает от партнерства с социальными службами и образовательными учреждениями, где формируются индивидуальные планы реабилитации с учетом бытовых условий, режима труда и семейной динамики [1, с. 124]. Для муниципалитетов приоритетом служит модернизация городской среды, доступный транспорт, дворовая инфраструктура, программы соседской взаимопомощи и волонтерские сети, что снижает изоляцию в группах риска [5, с. 205].

Заключение

Синтез русскоязычных исследований и руководств подтверждает, что психическая заболеваемость чувствительна к социальным условиям. Клиническая статья в журнале им. Корсакова демонстрирует вклад семейных и трудовых стрессоров в рецидивирование депрессии и эффективность поддерживающих программ при одновременном изменении окружения [1, с. 125]. Учебник детской психиатрии описывает влияние школьной атмосферы, травли и семейной дисфункции на дебют и течение расстройств у подростков с конкретными рекомендациями по междисциплинарной поддержке [4, с. 402]. Монография И. Гофмана позволяет увидеть, как стигма формирует барьеры к обращению за помощью и разрушает сети поддержки, усиливая хронический стресс [3, с. 31].



Руководство по общественному здоровью обосновывает межсекторальный характер профилактики и показывает, каким образом жилье, занятость, образование, городская инфраструктура и антидискриминационные нормы снижают популяционную нагрузку расстройствами [5, с. 214]. Материалы международной организации на русском языке задают общую понятийную рамку, подтверждая управляемость множества детерминант.

Комплексная стратегия, включающая клинические протоколы, психообразование семей, профилактику стигмы, школьные службы ранней помощи, корпоративные программы благополучия и муниципальные меры по снижению изоляции, дает шанс изменить картину заболеваемости и уменьшить число рецидивов. Такой подход сочетает индивидуальную работу с пациентом и устойчивые изменения среды, где живет, учится и трудится человек. Выводы опираются на обсужденные русскоязычные источники и показывают, что учет социальных факторов в диагностике, терапии и профилактике повышает эффективность помощи и укрепляет качество жизни уязвимых групп.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Вельтищев Д. Ю., Ковалевская О. Б., Серавина О. Ф. Факторы риска и профилактика рекуррентности депрессивного расстройства. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2017. Т. 117. № 6. С. 120–125. DOI 10.17116/jnevro201711761120-125.
2. Всемирная организация здравоохранения. Социальные детерминанты здоровья. Информационный бюллетень. 2025. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>
3. Гофман И. Стигма. Заметки об управлении испорченной идентичностью. Пер. с англ. М. С. Добряковой. СПб.: Алетейя, 2009. 312 с.
4. Исаев Д. Н. Психиатрия детского возраста. Психопатология развития. СПб.: СпецЛит, 2013. 481 с.



5. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. 5-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 512.

САМОРАЗРУШИТЕЛЬНЫЕ ПАТТЕРНЫ ВОЖДЕНИЯ: ПСИХОЛОГИЯ НАМЕРЕННОГО РИСКА СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Прокопенко Е. В., Наумова В. В., Рылина А. И.

*Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»*

Минздрава России, Россия, г. Новосибирск

Научный руководитель – Д. Х. Гезиджи

Аннотация. В статье рассматривается феномен опасного вождения как одна из форм аутоагрессивного поведения среди молодёжи. Актуальность проблемы заключается в том, что опасное вождение редко идентифицируется как самоповреждающее поведение в отличие от более видимых его форм. Теоретическая значимость работы связана с расширением представлений о формах и проявлениях аутоагрессии. Полученные данные будут полезны для разработки программ психопрофилактики и психологической помощи, направленных на снижение уровня рискованного поведения на дорогах.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, саморазрушительные паттерны, намеренный риск, психология вождения, опасное вождение.

SELF-DESTRUCTIVE DRIVING PATTERNS: THE PSYCHOLOGY OF INTENTIONAL RISK AMONG YOUNG PEOPLE

Prokopenko E.V., Naumova V.V., Rylin A.I.

The scientific director - teacher Geizigiy D.H.

*Department of psychiatry, drug addiction, psychotherapy and clinical psychology
Novosibirsk State Medical University, Russia, Novosibirsk*



Abstract. The article examines the phenomenon of dangerous driving as one of the forms of auto-aggressive behavior among young people. The relevance of the problem lies in the fact that dangerous driving is rarely identified as self-harming behavior, unlike its more visible forms. The theoretical significance of the work is related to the expansion of ideas about the forms and manifestations of autoaggression. The data obtained will be useful for the development of psychoprophylaxis and psychological assistance programs aimed at reducing risky behavior on the roads.

Keywords: auto-aggressive behavior, self-destructive patterns, intentional risk, psychology of driving, dangerous driving.

Введение

Среди множества форм рискованного поведения молодежи опасное вождение остается одним из самых распространенных и при этом наименее очевидных проявлений аутоагрессии. В отличие от таких видимых проявлений самоповреждения, как татуировки или пирсинг, аутоагрессия на дороге редко идентифицируется как таковая и зачастую не включается в соответствующие классификации. Исследование психологических механизмов и мотиваций, стоящих за сознательным нарушением ПДД, необходимо для развития системы психологической помощи и повышения безопасности на дорогах.

Цель исследования

Выявление и анализ психологических механизмов и мотивации, лежащих в основе сознательного нарушения правил дорожного движения молодыми людьми.

Материалы и методы исследования

В данном исследовании выборку составили 47 мужчин в возрасте от 19 до 25 лет. В научно-исследовательской работе использовался опросник «Опасное вождение», составленный на основе Постановления Правительства РФ от 30.05.2016 №477; методика «Виды агрессивности» Л. Г. Почебут; Методика» Ауто- и



гетероагрессия» Е. П. Ильин; «Опросник суицидального риска» А. Г. Шмелев; «Оценка склонности к риску» Г. Шуберт.

Результаты и их обсуждение

В исследовании используются результаты молодых людей, у которых, по результатам опросника «Опасное вождение», были найдены признаки опасного вождения, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 30.05.2016 № 477 «О внесении изменения в Правила дорожного движения Российской Федерации». Водительский стаж испытуемых варьируется от 2 до 6 лет. По результатам методики «Виды агрессивности» было выяснено, что у 63% высокие показатели по шкале вербальной агрессии (от 5 до 7 баллов) и у 85% высокие показатели по шкале самоагрессии (аутоагрессии) (от 6 до 8 баллов).

Для уточнения результатов, так как многие считают, что опасное вождение может быть проявлением агрессивности к другим людям, была проведена дополнительно методика «Ауто- и гетероагрессия». По результатам опросника высокие результаты по шкале аутоагрессии были обнаружены у 89% испытуемых (от 7 до 10 баллов). Что может быть свидетельством подтверждений теорий о том, что опасное вождение является одной из форм именно аутоагрессии. Так же у 100% испытуемых были высокие показатели склонности к риску (от 23 до 37 баллов), но при этом, показатели по общей шкале суицидального риска в «Опроснике суицидального риска» были низкими (от 3 до 7 баллов). Что свидетельствует о том, что их аутоагрессия носит несуйцидальный характер. Основываясь на вышеизложенных результатах, мы можем сделать вывод, о том, что опасное вождение можно назвать одной из форм аутоагрессии, которая довольно сильно распространена у молодых людей.

Заключение

Проведенное исследование подтверждает, что опасное вождение представляет собой значимую, но часто игнорируемую форму поведенческой аутоагрессии. Его



ключевая особенность заключается в том, что субъект поведения осознанно подвергает риску собственную жизнь и здоровье, и при этом потенциально вовлекает в ситуацию угрозы других участников дорожного движения. Таким образом, за особенностями поведения молодого водителя могут скрываться глубокие психологические проблемы, такие как неотреагированный гнев, депрессивные тенденции или потребность в самонаказании. Полученные результаты по изучению опасного вождения, является не только актуальным научным направлением, но и важнейшей практической задачей в рамках повышения общественной безопасности и психологического благополучия молодежи.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Глушко К. В., Лобанова Ю.И. Оценка чувства опасности у водителей с помощью модельного эксперимента //Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2017. – №. 2. – С. 225-239.
2. Кочетова Т.В., Мейнхард Г. Ролевые паттерны «Я-водитель»–»Я-пассажир» в структуре рискованного дорожного поведения водителей разных групп //Социальная психология и общество. – 2023. – Т. 14. – №. 1. – С. 207-221.
3. Плотникова М.А., Харченко М.А. Формирование установок безопасного вождения у начинающих водителей //Экспериментальная психология. – 2020. – Т. 13. – №. 4. – С. 180-191.

ДЕПРЕССИЯ: ВИДЫ И ПРИЧИНЫ

Пугачева А. 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. Данная исследовательская работа посвящена анализу понятия депрессии и причинам возникновения. В работе показаны причины депрессий, их симптомы, характерные проявления, факторы риска и профилактика. Проведен анализ факторов, симптомов.

Ключевые слова: депрессия, депрессивное расстройство, психическое здоровье, эмоции, настроение, психиатрическая помощь.

DEPRESSION: TYPES AND CAUSES

A.V. Pugacheva

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Ph.D. in Psychology, Associate Professor Valiullina E. V.

Abstract. This research paper analyzes the concept of depression and its causes. It presents the causes, symptoms, characteristic manifestations, risk factors, and prevention. An analysis of the factors and symptoms is provided.

Keywords: depression, depressive disorder, mental health, emotions, mood, psychiatric

Актуальность темы исследования обусловлена тем, что депрессия является хроническим рецидивирующим заболеванием, причем является одной из основных причин, приводящих к инвалидности в мире. По данным эпидемиологических исследований, депрессивное расстройство встречается достоверно чаще, чем в общей популяции, при таких неврологических заболеваниях, как эпилепсия, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз и черепно-мозговая травма. Вследствие самой депрессии у пациентов снижается способность концентрации внимания и усвоения новой информации, замедляется скорость мыслительных процессов. У пациентов с первичными нарушениями памяти сосудистого и



нейродегенеративного генеза депрессия способствует прогрессированию когнитивных расстройств.

Цель исследования – анализ понятия депрессии, причины возникновения. Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие **задачи**: изучить виды депрессий, их симптомы, характерные проявления, факторы риска и профилактику. А также провести тестирование и проанализировать полученные данные

Депрессия – психическое расстройство, проявляющееся устойчивым снижением настроения, двигательной заторможенностью и нарушением мышления. Причиной развития могут стать психотравмирующие ситуации, соматические заболевания, злоупотребление психоактивными веществами, нарушение обменных процессов в головном мозге или недостаток яркого света. Расстройство сопровождается снижением самооценки, социальной дезадаптацией, потерей интереса к привычной деятельности, собственной жизни и окружающим событиям [3].

Виды депрессии:

Социально-психологические, приводящие к так называемой реактивной (психогенной) депрессии. Депрессия в этом случае развивается, как ответная реакция на внешнее воздействие событий, ситуаций и стресса.

Соматические, точнее соматогенные. Примером может служить болезнь Альцгеймера, атеросклероз мозговых артерий, ЧМТ, вирусные инфекции, эндокринологические расстройства, особенно при гипотиреозе (в 7 раз выше, чем у здоровых) и др.

Ятрогенные, развивающиеся в ответ на прием некоторых препаратов – кортикостероидов, бензодиазепинов, нейролептиков, седативных и снотворных средств. В эту же группу входят депрессии, спровоцированные злоупотреблением



алкоголем, кокаином, опиатами, другими психостимуляторами. Обычно излечиваются самостоятельно или проходят после отмены препаратов.

Эндогенные, возникающие без видимой внешней причины как бы изнутри организма. Около 35% депрессий развиваются аутохтонно без каких-либо внешних воздействий.

Факторами риска развития депрессии являются: **драматические детские переживания**, включая жестокое обращение, потерю родителей или их асоциальное поведение, наличие у ребенка физических аномалий, буллинг и [кибербуллинг](#) со стороны сверстников или преподавателей; **личностные особенности больного**, например, перфекционизм; **периоды гормональной перестройки** – подростковый возраст, климакс, а также беременность и роды.

Симптомы и характерные проявления: важный симптом – внезапная или постепенная потеря интереса к жизни, чувства радости и удовольствия от тех вещей, который раньше приносили приятные эмоции. Человек теряет желание заниматься хобби, встречаться с друзьями, участвовать в социальных мероприятиях. Вместо этого появляется склонность к изоляции и уходу в себя.

Часто наблюдаются изменения в аппетите и весе – как увеличение, так и снижение. Бессонница или, наоборот, чрезмерная сонливость, также могут быть проявлениями болезни. Человек чувствует постоянную усталость и нехватку энергии, даже если его режим дня остается неизменным. Нередко течение болезни сопровождается трудностями в концентрации внимания и принятии решений. Повседневные дела кажутся сложными и требуют значительных усилий. Мысли о смерти или суициде – крайнее проявление заболевания, требующее усиленного внимания специалистов [10].

Факторы риска: генетическая предрасположенность (наличие родственников первой линии с депрессией увеличивает риск на 40-70%); хронический стресс (длительное воздействие стрессовых факторов увеличивает риск в 2,5 раза);



травматические события (психологические травмы повышают вероятность развития депрессии на 75%); хронические заболевания (сердечно-сосудистые заболевания, диабет, онкология и другие хронические состояния повышают риск на 30-60%); нейрхимический дисбаланс (нарушения обмена серотонина, норадреналина и дофамина являются биологической основой многих случаев депрессии) [8]. Немаловажную роль в возникновении депрессии играет неблагоприятная актуальная социальная ситуация, возможные ненормативные кризисы, а также кризисы профессионального развития личности [1, 2].

Методы и результаты исследования

Для проведения исследования было выбрано несколько учащихся разного возраста, разной этнической принадлежности, разного пола. Выбор включал в себя представителей разных социальных групп с целью получения данных об уровне депрессивного состояния. Всего в исследовании приняли участие 11 человек в возрасте от 18 до 25 лет. При их отборе учитывались факторы депрессивного состояния.

В качестве основного инструмента диагностики депрессии использовался тест Шкала депрессии А. Бека, она разработана на основе клинических наблюдений авторов, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимся соответствующей литературе, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии [7].

Респондентам были предложены анкеты с тестами, которые проводились в контролируемой обстановке, обеспечивающей конфиденциальность. Учащиеся



заполняли тест самостоятельно и после сбора происходил анализ результатов. Результаты теста Бека оцениваются путем вычисления суммы баллов, набранных пациентом в ответ на каждое утверждение. Высокие показатели указывают на более выраженные симптомы депрессии.

Результаты показали, что у учащихся женского пола на начальной стадии обучения – легкая степень депрессии, это значит, что они требуют наблюдения. У учащихся мужского пола на начальной стадии обучения – преобладает отсутствие депрессии, это значит, что лечение не требуется, а вот у учащихся на старших курсах (разного пола) – умеренная депрессия, это значит, что им может понадобиться консультация психолога.

Заключение

В ходе исследования было выявлено, что депрессия является следствием сложного взаимодействия социальных, психологических и биологических факторов в особенности у девушек до 25 лет. Повышенный риск развития депрессии наблюдается у людей, переживших жизненные потрясения (например, экзамены, потерю близкого, психологические травмы). Депрессия, в свою очередь, может привести к повышению уровня стресса и функциональным нарушениям, что лишь усугубляет жизнь больного и, как следствие, саму депрессию [4, 5].

Профилактика депрессии может включать несколько рекомендаций:

- правильное сбалансированное питание. Жесткие диеты часто негативно влияют на настроение человека. Слишком жирная и не здоровая еда ведет к нарушению обмена веществ, а следовательно, нарушается гормональный баланс. Еда должна приносить удовольствие, но ее не должно быть слишком много. Важно с каждым приемом пищи получать достаточное количество белков, жиров, углеводов, клетчатки, витаминов и микро, и макроэлементов.

- соблюдение режима дня, комфортный режим дня поможет сформировать полезные привычки, которые помогают поддерживать долгосрочную мотивацию.



Регулярность и постоянство действий понижают уровень стресса и тревожности, что способствует улучшению настроения и формированию позитивного мышления [6].

- отказ от вредных привычек.

- свет – недостаток естественного света в осенне-зимний период нарушает выработку серотонина. Естественный солнечный свет идеально сбалансирован по цветам. Сложно получить такой сбалансированный спектр света искусственным излучением. Однако есть исследования, которые доказывают, что лампы с диапазоном свечения, смещенным в голубой спектр, способствуют пробуждению, а при смещении света в красный диапазон возникает сонливость из-за большей выработки мелатонина. Лампы с «холодным» светом дают нужное освещение при меньшей интенсивности, чем «теплые» лампы. В любом случае, если присутствует депрессивное настроение, не стоит экономить на свете.

- прогулки на свежем воздухе просто незаменимы как в профилактических, так и в лечебных целях. Особенно в солнечный день. Солнечные лучи лучший источник витамина D, который необходим для синтеза серотонина.

- для профилактики депрессии необходима физическая нагрузка. Фитнес, йога, подвижные игры, ходьба, велосипед и т.д.

- человек социальное существо, поэтому очень важна социальная поддержка. Эмоциональные поглаживания (похвала, комплименты, одобрение) прекрасное лекарство от депрессии. Объятия, поцелуи снимают тревожность и повышают настроение.

- повышение стрессоустойчивости, практика релаксирующих упражнений; позитивное мышление и достижимые цели [9].

Источники и литература/ Sources and references:

1. Валиуллина Е. В. Перспективы медицинского образования: иммерсивные методы обучения // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2021. Т. 2. № 1. С. 39-41.



2. Валиуллина Е. В. Психологические особенности кризисов профессионального самоопределения в процессе высшего медицинского образования // Вестник Кемеровского государственного университета. 2011. № 2 (46). С. 131-134.
3. Депрессия и дисфункция личности. Комплексный взгляд на функциональные домены. URL: <https://medknigaservis.ru/product/depressiya-i-disfunktsiya-lichnosti-kompleksnyj-vzglyad-na-funktsionalnye-domeny/?ysclid=mhnnb7sdsp738393826> (дата обращения: 04.11.2025)
4. Депрессии в общей медицине = Depressions in general practice : Depressions in general practice : [руководство для врачей] / А. Б. Смулевич. - Москва. URL: <https://search.rsl.ru/ru/record/01003352432> (дата обращения 04.11.2024)
5. Депрессивные расстройства в общей врачебной практике: Учебное пособие Попов В. В., Трохова М. В., Новикова И. А. URL: <https://e.lanbook.com/book/114914> (дата обращения 04.11.2025)
6. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей Смулевич А. Б. URL: https://www.centrmag.ru/catalog/product/rukovodstvo_dlya_vrachey/ (дата обращения: 04.11.2025).
7. Когнитивная терапия депрессии. Пер. с англ. URL: <https://spbib.ru/ru/catalog/-/books/10724769-kognitivnaya-terapiya-depressii> (дата обращения: 04.11.2025).
8. Психоанализ депрессий. URL: <https://urait.ru/bcode/564129> (дата обращения: 04.11.2025)
9. Павлова О. Н. Депрессия: психоаналитические теоретические концепции и клинические стратегии Текст / О. Н. Павлова; Негос. образоват. учреждение Моск. ин-т аналит. психологии и психоанализа. URL: https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_005000226/ (дата обращения: 04.11.2025).



ОБРАЗ АЛКОГОЛЯ В ВОСПРИЯТИИ АЛКОЗАВИСИМЫХ: ОСОБЕННОСТИ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ОБЪЕКТА ЗАВИСИМОСТИ

Ратникова В.Ю., Половинкина А. В.

Кафедра когнитивных наук

*ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России,*

Россия, г. Москва

Аннотация. В настоящей работе рассмотрены особенности репрезентации объекта зависимости (алкоголя) у лиц с алкогольной зависимостью; исследование проводилось на основе психосемантических методов (анализ ассоциаций, определений и убеждений). Был применен психосемантический подход в адаптации В.П. Серкина и его авторская методика. Установлено, что у лиц с алкогольной зависимостью алкоголь репрезентирован преимущественно как эмоционально-насыщенный и прагматический объект, с доминированием защитных и самооправдательных убеждений, при этом сохраняются мотивационные установки, ассоциированные с семьей и работой. Полученные нами данные подтверждают целесообразность использования психосемантических методов для диагностики репрезентации объекта зависимости и разработки персонализированных стратегий психотерапевтического сопровождения.

Ключевые слова: образ алкоголя, алкогольная зависимость, вербальная репрезентация, объект зависимости.

THE IMAGE OF ALCOHOL IN THE PERCEPTION OF ALCOHOL ADDICTS: FEATURES OF THE REPRESENTATION OF THE DEPENDENCY OBJECT

Ratnikova V. Y., Polovinkina A.V.

Methodologist at the Laboratory of Practical Skills,

Department of Cognitive Sciences, Candidate

of Psychological Sciences Pirogov Russian National Research Medical University



Abstract. In this paper, the features of the representation of the object of dependence (alcohol) in people with alcohol dependence are considered; the study was conducted on the basis of psychosemantic methods (analysis of associations, definitions and beliefs). The psychosemantic approach to V.P. Serkin's adaptation and his author's methodology were applied. It has been established that in people with alcohol dependence, alcohol is represented primarily as an emotionally intense and pragmatic object, with a predominance of protective and self-justifying beliefs, while retaining motivational attitudes associated with family and work. The data we have obtained confirm the expediency of using psychosemantic methods to diagnose the representation of the object of addiction and develop personalized strategies for psychotherapeutic support.

Keywords: the image of alcohol, alcohol dependence, verbal representation, object of dependence.

Введение

Среди аддиктивных расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, алкогольная зависимость является наиболее социально значимой. Данное расстройство затрагивает не только физиологические, но и глубинные психологические структуры личности [7, С.708-713]. В последние десятилетия всё большее внимание исследователей привлекает не столько поведенческий, сколько смысловой аспект зависимости – то, как человек с зависимостью воспринимает, понимает и переживает объект своей зависимости. В этом контексте особенно актуальным становится изучение репрезентации объекта зависимости (алкоголя) в сознании алкозависимых, поскольку именно эта репрезентация формирует мотивационную основу употребления и препятствует наступлению устойчивой ремиссии.

Согласно методологии психологии субъективной семантики и психосемантики [6, С.378; 2, С.349], сознание человека структурировано как система



значений, организованных в образ мира – интегральную модель будущего, регулиующую поведение ситуативно – в текущий момент времени. В рамках данной системы объект зависимости (в частности, алкоголь) утрачивает статус нейтрального стимула и приобретает эмоционально ярко окрашенное значение, становясь мотивом аффективных состояний. Объект зависимости и его репрезентация выступает как интрапсихическое образование, тесно интегрированное с базовыми мотивационными структурами, с ценностно-смысловой сферой личности, с защитными и регуляторными механизмами личности.

В психосемантических исследованиях подобные трансформации обычно анализируются через изучение ассоциативных связей, формирующихся вокруг значимого объекта. В психологии, социологии, лингвистике, психолингвистике проведено и проводится достаточно много исследований с применением метода ассоциативного эксперимента, как направленного, так и свободного [5, С.149-168]. Традиционным является ассоциативный эксперимент, когда участникам необходимо в письменной форме дать свои ассоциации к тем или иным понятиям [1, С.10-18]. Значительно меньше проводится исследований, в которых изучаются устные ассоциации, а также определения понятий и убеждения о понятии [1, С.10-18].

Согласно методологии В.П. Серкина [6, с. 378], субъективная семантика человека структурирована в виде образа мира, состоящего из трёх уровней: перцептивного (сенсорно-модального), семантического (отношений к актуальным объектам) и ядерного (системы личностных смыслов и ценностей). На этих уровнях вербальные репрезентации (ассоциации, определения, убеждения) выступают индикаторами глубины и характера субъективного значения того или иного понятия. Хотя В.П. Серкин не рассматривал зависимость как предмет исследования, его подход позволяет предположить, что объект зависимости и его ментальная



репрезентация, исходя из его тесной связи с потребностной, мотивационной и смысловой сферой личности, будет интегрирован во все слои образа мира. Это будет находить отражение во всех формах поведения, включая вербальное.

В этом контексте можно гипотетически предположить, что у лиц с алкогольной зависимостью алкоголь репрезентируется как амбивалентный объект: с одной стороны – как средство социализации и деструктивного копинга, временный источник положительного дофаминового подкрепления, с другой – как источник стыда, саморазрушения и социального отчуждения. Эта амбивалентность, по всей вероятности, опосредована защитными и самооправдательными убеждениями, которые служат механизмом смягчения когнитивного диссонанса между желанием измениться и сохраняющейся привязанностью к объекту зависимости.

Выявление поведенческих паттернов, связанных с аддикцией, в особенности – изучение вербальных и психосемантических паттернов – позволяет не только глубже понять внутренний мир зависимого человека, но и разработать более эффективные стратегии психотерапевтического сопровождения, направленные на трансформацию деструктивных смысловых структур [3, С.1000-1007].

Объекты и методы исследования

Эмпирическое исследование осуществлялось на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» Филиал № 9. Объектом исследования выступали репрезентации объекта зависимости, представленные во внутреннем семантическом пространстве респондентов. Проводился анализ ассоциаций, которые возникают при предъявлении различных триггерных слов лицам с алкогольной зависимостью (F10.2, 2 стадия), находящимся на амбулаторном лечении в отделении медицинской реабилитации – 26 человек (20 мужчин и 6 женщин) (половое разделение проведено согласно данным за 2023 г. о соотношении женщин и мужчин с алкогольной



зависимостью 1:3,3 [4, С.119-132]), средний возраст испытуемых – 43,3 года ($SD = 7,6$, $M = 54$), срок зависимости варьировался от 1 года до 12 лет, количество госпитализаций было от 1 до 4, средний период ремиссии составил – 4 года, преобладал абстрактно-логический тип мышления. Общее время на прохождение исследования составило 15- 25 минут.

Исследование было одобрено Этической комиссией ИКПСР ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (заседание №27 от 23.10.2024 г.), а также все испытуемые подписывали информированное согласие и согласие на обработку персональных данных – далее была проведена шифровка обследуемых. Исследование проведено с соблюдением Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ (ред. От 31.12.2017) «О персональных данных» и этического кодекса Российского психологического общества.

Центральной гипотезой стало предположение о том, что у лиц с алкогольной зависимостью, даже в стадии ремиссии, вследствие деформации образа мира, сохраняются во всех трёх слоях образа мира устойчивые репрезентации объекта зависимости. Для изучения особенностей репрезентации был использован психосемантический метод (ассоциации, определения и убеждения) (В.П. Серкин, 2008).

Ассоциации кодировались по типам (в скобках указаны примеры таких ассоциаций):

- Эмоционально-оценочные (пример – «страх», «облегчение»).
- Прагматические («помогает заснуть»).
- Социальные («друзья в баре»).
- Ситуативные («вечер пятницы»).

Определения классифицировались по типам (в скобках указаны примеры таких определений):

- Конкретно-ситуативное («лечение капельницами»).



- Функциональное («работа – это способ заработать»).
- Смысловое/ценностное («семья для меня опора в жизни»).

Убеждения анализировались как проявления иерархии мотивов и классифицировались по функции (в скобках указаны примеры таких убеждений):

- Защитные («всё равно ничего не поможет»).
- Мотивационные («хочу вернуть доверие детей»).
- Самооправдательные («все так делают»).

Подсчитывалась частота упоминаний ассоциаций, определений и убеждений по выделяемым типам и функциям, а также применялся χ^2 -тест независимости.

Результаты и их обсуждение

В ходе исследования испытуемые (экспериментальная группа) должны были назвать по три ассоциации, одному определению и по три убеждения на слова: алкоголь, лечение, работа, семья, дружба – было получено 390 ассоциаций, 390 убеждений и 130 определений.

Основным методом статистического анализа стал χ^2 -тест независимости, позволяющий оценить, существует ли статистически значимая связь между двумя категориальными переменными – в данном случае между стимульным словом («алкоголь», «лечение», «семья» и др.) и типом вербальной репрезентации (например, «эмоционально-оценочные ассоциации» или «защитные убеждения»). В случаях, когда ожидаемые частоты в ячейках таблицы оказывались менее 5 (что нарушает одно из условий корректного применения χ^2), результаты интерпретировались с осторожностью и рассматривались преимущественно в описательно-сравнительном ключе, с акцентом на практическую, а не только статистическую значимость.

Была проанализирована вариативность ассоциаций (т.е. их «разброс») в экспериментальной группе (в %). Данные этого этапа представлен в таблице 1.



Таблица 1

Распределение ассоциаций по типам у экспериментальной группы

Слово	Эмоционально-оценочные	Прагматические	Социальные	Ситуативные
Алкоголь	62%	24%	11%	3%
Лечение	58%	18%	16%	8%
Дружба	38%	13%	40%	9%
Семья	64%	11%	18%	7%
Работа	29%	53%	11%	7%

Можно сделать вывод о том, что алкоголь и семья имеют сильную эмоциональную окраску (стыд, вина, облегчение), работа воспринималась преимущественно прагматично (например, «заработать», «выжить»), а дружба в основном была представлена социальным типом, но с негативным оттенком (например, «отвернулись», «пили вместе»). Кроме того, были установлены частотные диапазоны встречаемости тех или иных ассоциаций (см. табл. 2.).

Таблица 2

Частоты по ассоциациям у экспериментальной группы

Слово	Эмоционально-оценочные	Прагматические	Социальные	Ситуативные
Алкоголь	48	19	9	2
Лечение	45	14	12	7
Дружба	30	10	31	7
Семья	50	9	14	5
Работа	23	41	9	5

В экспериментальной группе было вычислено распределение определений по функциям (см. табл. 3).



Таблица 3

Распределение определений по функциям у экспериментальной группы

Слово	Конкретно-ситуативные	Функциональные	Смысловые/ценностные
Алкоголь	80%	20%	0%
Лечение	87%	13%	0%
Дружба	40%	53%	7%
Семья	60%	33%	7%
Работа	47%	53%	0%

Можно с осторожностью предположить, что лечение и алкоголь осмысливались респондентами только как конкретные действия или объекты, а работа и дружба чаще воспринимались ими в сугубо прикладном, функциональном аспекте («заработать», «поболтать»).

Были установлены частоты по определениям у экспериментальной группы (см. табл. 4).

Таблица 4

Частоты по определениям у экспериментальной группы

Слово	Конкретно-ситуативные	Функциональные	Смысловые/ценностные
Алкоголь	21	5	0
Лечение	23	3	0
Дружба	10	14	2
Семья	15	9	2
Работа	12	14	0

В экспериментальной группе распределение убеждений по типам представлено (в %) в таблице 5.



Таблица 5

Распределение убеждений по типам у экспериментальной группы

Слово	Защитные	Самооправдательные	Мотивационные
Алкоголь	69%	27%	4%
Лечение	76%	20%	4%
Дружба	40%	51%	9%
Семья	58%	29%	13%
Работа	69%	27%	4%

Имеются основания предположить, что лечение и алкоголь у респондентов вызывали максимальное сопротивление (защита, безнадёжность), а семья и работа – единственные сферы, где сохраняется устойчивость поведенческих паттернов, вербально выраженных в предикативной форме («хочу вернуться», «надеюсь устроиться»).

Таблица 6

Частоты по убеждениям у экспериментальной группы

Слово	Защитные	Самооправдательные	Мотивационные
Алкоголь	54	21	3
Лечение	59	16	3
Дружба	31	40	7
Семья	45	23	10
Работа	54	21	3

Был произведён расчёт приближённого χ^2 -теста независимости (см. таблицу 7).

Полученное значение χ^2 значительно превышает критическое значение на уровне значимости $\alpha = 0.05$, что позволяет сделать вывод о статистически достоверной связи между стимульным словом и типом вербальной репрезентации.



Таблица 7

**Расчёт приближённого χ^2 -теста независимости
у экспериментальной группы**

№ таблицы	χ^2	Степени свободы (df)	Критическое значение	p
2	123.6	12	21.0	$p < 0.001 \rightarrow$ различия статистически значимы
4	68.4	8	15.5	$p < 0.001 \rightarrow$ различия статистически значимы
6	76.9	8	15.5	$p < 0.001 \rightarrow$ различия статистически значимы

Таким образом, исследование показало, что объект зависимости занимал особое место в структуре образа мира респондентов. Ментальная репрезентация объекта зависимости способствовала формированию устойчивых и дифференцированных паттернов субъективного значения.

Заключение

В рамках нашего исследования алкоголь выступал в качестве амбивалентного объекта: с одной стороны – как источник кратковременного облегчения, с другой – как постоянный повод для переживания стыда. Лечение воспринималось преимущественно негативно и конкретно – как внешнее вмешательство, а не как возможность восстановления. Семья и работа воспринимались респондентами преимущественно как ресурсные зоны, в которых сохранялись устойчивые продуктивные паттерны поведения; в то же время дружеские связи утратили для них поддерживающую роль и ассоциировались преимущественно с прошлым опытом злоупотребления.



Полученные данные в целом подтверждают целесообразность применения психосемантических методов в диагностике и терапии зависимостей. В практике клинического психолога и врача психиатра-нарколога психосемантические методы могут быть полезны для решения следующих задач:

1. Выявление защитных убеждений позволяет работать с сопротивлением.
2. Фиксация мотивационных убеждений – строить терапевтический альянс.
3. Анализ типа определений – оценивать уровень рефлексии и готовность к изменениям.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Алексеева Е.М. Ассоциативная репрезентация психических состояний: экспериментальное исследование речевых реакций // Вопросы психолингвистики. 2017. №3 (33). С. 10-18
2. Артемьева Е.Ю. Основы психологии субъективной семантики. – М.: Наука: Смысл, 1999. – 349 с.
3. Иванова А.В. Ценностно-смысловая парадигма как основа психологического сопровождения лиц с наркологическими расстройствами на этапе реабилитации // СибСкрипт. 2020. №4 (84). С. 1000-1007. DOI: 10.21603/2078-8975-2020-22-4-1000-1007
4. Киржанова В.В., Бабушкина Е.И. Особенности женского алкоголизма // Медицина. 2024. №4. С. 119-132. DOI: 10.29234/2308-9113-2024-12-4-119-132
5. Паутова Л.А. Ассоциативный эксперимент: опыт социологического применения // Социология: методология, методы, математические модели. 2007. №24. С.149-168
6. Серкин В.П. Методы психологии субъективной семантики и психосемантики: учебное пособие для студентов высших учебных заведений,



обучающихся по направлению и специальностям психологии. – М.: ПЧЕЛА, 2008. – 378 с.

7. Сидорин М.В. Расстройства личности при алкоголизме как социально-психологическая проблема // Известия Самарского научного центра РАН. 2010. №5-3. С. 708-713

ЛЕЧЕНИЕ АРТ ТЕРАПИЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ, С ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПСИХИКЕ

Рахимов А. К., Аскарлова Р. И.

*Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии
Ургенчский государственный медицинский институт,
Республика Узбекистан, г. Ургенч*

Аннотация. Арт-терапия может быть эффективным дополнением к лечению туберкулезных больных с изменениями в психике. Помогает больным туберкулезом выражать и обрабатывать эмоции, связанные с заболеванием. А также справляться со стрессом, депрессией и тревогой. Метод арт -терапии позволяет пациентам исследовать свои чувства через творчество, улучшать самооценку и социальные навыки.

Ключевые слова: туберкулез, арт терапия, палочка Коха, туберкулез легких, коморбидные заболевания, диагностика

ART THERAPY TREATMENT OF TUBERCULOSIS PATIENTS WITH MENTAL CHANGES

Raximov A. K., Askarova R. I.

*Department of Infectious Diseases,
Epidemiology and Phthisiology*

Abstract. Art therapy can be an effective addition to the treatment of tuberculosis patients with mental changes. It helps tuberculosis patients express and process emotions



associated with the disease. And also cope with stress, depression and anxiety. The art therapy method allows patients to explore their feelings through creativity, improve self-esteem and social skills.

Keywords: tuberculosis, art therapy, Koch's bacillus, pulmonary tuberculosis, comorbid diseases, diagnostics

Актуальность. Арт-терапия – лечение творчеством. Направление в психотерапии и психологической коррекции, основанное на применении для терапии искусства и творчества. Под арт-терапией обычно подразумевается терапия изобразительным творчеством, имеющая целью воздействие на психоэмоциональное состояние пациента [1]. Арт-терапии состоит в гармонизации психического состояния через развитие способности самовыражения и самопознания [2]. Ценность применения искусства в терапевтических целях состоит в том, что с его помощью можно на символическом уровне выразить и исследовать самые разные чувства и эмоции [3]. Арт-терапия — это один из самых результативных методов психотерапии [4]. Где задействуют творчество и различные художественные приемы. Коррекция арт-терапией является наиболее мягкой и продуктивной [5]. Она позволяет разрешать различные задачи, начиная от проблем социальной адаптации и заканчивая развитием детского потенциала. Любовь, ненависть, обиду, злость, страх, радость. Методика арт-терапии базируется на убеждении, что содержания внутреннего «я» человека отражаются в зрительных образах всякий раз, когда он рисует, пишет картину, лепит скульптуру или даже жонглирует, в ходе чего происходит гармонизация состояния психики.

Цель исследования: изучить приверженность населения больных туберкулезом к вакцинации против туберкулеза, оценить роль вакцины БЦЖ в предотвращении развития туберкулеза у детского населения, оценить изменение психики при туберкулезе и оценить влияние Арт терапию на больного.



Материалы и методы исследования.

Проведено ретроспективное исследование, в которое включены все новорожденные дети в 2025 году, у которых выявлен туберкулез. За последние 2 года в показатель заболеваемости по туберкулезу всего населения снизился на 52,4%, дети от 0-14 лет на 22%, и подростков на 49,8%. Рост заболеваемости в 2025 году у детского населения увеличился на 29,5%, связан с выявлением туберкулеза из числа жителей новых территорий города Ургенча. В то же время, показатель заболеваемости постоянного детского населения, из числа жителей Хорезмской области, снизился на 13,9%.

Результаты исследования и обсуждения

В настоящее время в Хорезмской области для профилактики туберкулеза проводится массовая вакцинация новорожденных вакциной БЦЖ и БЦЖ-М.

За 2025 год родилось 13052 ребенка в городе Ургенч, из них привито БЦЖ в роддоме 11349(86,9%), не вакцинировано 1703 человек(13,1%). До привито в поликлиниках 1067 детей. Не привито 628 чел, из них по медицинском. отводу (МО)130 чел (20,7%), по противопоказаниям (ПП)63 чел (10%), отказ (ОТК)435 (69,3%).

Из числа детей не вакцинированных в прошлом, нуждались в БЦЖ 2587 чел. Из них охвачено пр. Манту 1324 чел (51,3%); привито 689 чел (26,6%); остались не привитыми 1898 (73,4), из которых по МО-159 чел (8,4%), ПП-109 (5,7%), ОТК-1630 (85,9%). Данные из 169 стран показывают, что глобальный охват ВАК БЦЖ составил 90%(во всех регионах ВОЗ он превышает 80%). В возрастной структуре ЗБ активной формой ТБ в РК преобладают Д от 0-14 лет, но среди Д 0-4 года преобладают дети, непривитые БЦЖ-60% от заболевших, из них 1 ребенок до 1 года с опухолевой формой лимфатических узлов и 1 ребенок до 1 года с туберкулезным менингитом с летальным исходом.



Заключение

Прослеживается связь заболевания туберкулезом у детей первых 4х лет жизни с вакцинацией БЦЖ. Арт-терапия оказывает положительное влияние на психоэмоциональное состояние человека, помогая улучшить самочувствие, снизить уровень стресса и тревоги, а также развить навыки общения и креативность. Она также может быть полезна для решения внутренних конфликтов, повышения самооценки и улучшения качества жизни.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Джуманиязова З.Ф., Аскарова Р. И., Абидов Ф.О., Удельный вес факторов, влияющих на развитие туберкулеза у детей и подростков в современных условиях / Научный альманах. 2017. №5
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.
3. Рахимова Г. К. ТУБЕРКУЛЕЗ—СОЦИАЛЬНАЯ, ОПАСНАЯ БОЛЕЗНЬ ВЕКА //Научный журнал. – 2024. – №. 3 (70). – С. 20-25.
4. Рахимов А. К., Рахимова Г. К., и др. Остаточные изменения в легких у детей и подростков после перенесенного инфильтративного туберкулеза (обзор литературы) //Научный аспект. – 2024. – Т. 29. – №. 2. – С. 3619-3630.
5. Рахимов А. К. Рахимова Г. К., и др. Арт терапия и исследование стилей литературных авторов с применением в творчестве и в живописи темы туберкулеза //Журнал Научный аспект–2024 год. – 2024. – №4.



ВЛИЯНИЕ ОПЫТА ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ФОРМИРОВАНИЕ ИНТЕРНЕТ- ЗАВИСИМОСТИ У МОЛОДЕЖИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Романенко Е. 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. Пандемия COVID-19 привела к глубоким изменениям в социально-экономических условиях и повседневной жизни миллионов людей по всему миру. Меры изоляции и ускоренная цифровизация общественных процессов имели как положительные, так и отрицательные последствия. Среди негативных аспектов можно выделить снижение уровня социального взаимодействия и рост интернет-зависимости. Эти явления способствовали возникновению ряда психосоциальных проблем, которые требуют тщательного изучения и анализа с точки зрения современной социальной психологии и медицины.

Ключевые слова: COVID-19, пандемия, изоляция, цифровизация, интернет-зависимость.

THE IMPACT OF DISTANCE LEARNING EXPERIENCE DURING THE COVID-19 PANDEMIC ON THE DEVELOPMENT OF INTERNET ADDICTION AMONG YOUNG PEOPLE

Romanenko E.A.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – G.V. Akimenko.

Abstract. Abstract. The COVID-19 pandemic has led to profound changes in the socioeconomic conditions and daily lives of millions of people worldwide. Isolation measures and the accelerated digitalization of social processes have had both positive and



negative consequences. Among the negative aspects, one can highlight the decline in social interaction and the rise of internet addiction. These phenomena have contributed to the emergence of a number of psychosocial problems that require careful study and analysis from the perspective of modern social psychology and medicine..

Keywords: COVID-19, pandemic, isolation, digitalization, internet addiction.

Введение

В конце XX века в научной литературе начали активно обсуждаться медико-социальные проблемы, связанные с использованием компьютерных технологий и интернета. Этот феномен получил название «интернет-зависимость» или «патологическое использование интернета» [1], что подразумевает чрезмерное и рискованное для здоровья взаимодействие с цифровыми платформами. Многочисленные современные исследования подтверждают, что интенсивное использование интернета может вызывать целый спектр негативных психоэмоциональных состояний, таких как тревожные расстройства, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), а также повышать уровень враждебности, агрессии и депрессии [1–3]. Кроме того, чрезмерное погружение в виртуальное пространство оказывает негативное влияние на академическую успеваемость и может приводить к дисфункциям в различных сферах жизни, включая межличностные отношения и здоровье.

Особое внимание следует уделить социальным последствиям чрезмерного использования интернета среди молодежи. Это явление часто сопровождается снижением успеваемости, повышенным уровнем стресса и возрастанием рисков для здоровья. Исследования, проведенные в контексте пандемии COVID-19, выявили, что интенсивное использование цифровых технологий может усугублять проблемы в семейных отношениях и способствовать выбору неадаптивных стратегий преодоления стресса, связанного с социальной изоляцией.



Пандемия COVID-19, началась в ноябре 2019 из-за вспышки коронавируса в Китае. 30 января 2020 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила эту вспышку чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, а 11 марта — пандемией.

Заболевание может протекать как в форме лёгкой респираторной вирусной инфекции, так и в тяжёлой форме. Наиболее частым осложнением является вирусная пневмония, которая может приводить к острому респираторному дистресс-синдрому и острой дыхательной недостаточности. Также симптомами заболевания данным вирусом является утрата или изменение вкусовых ощущений или обоняния. В соответствии с данными Росстата, от коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19, в России в 2020 году скончалось 144 691 человек.

Для сдерживания распространения заболевания, чреватого тяжёлыми осложнениями и летальным исходом, по всему миру были введены ограничительные меры, включая изоляцию. Это, в свою очередь, ускорило процесс цифровизации, поскольку работа и учеба были переведены в дистанционный формат.

Интернет во время карантина стал ключевой инфраструктурой, позволившей продолжать работу и обучение в этих сложных условиях. Однако его повсеместное и интенсивное использование привело к росту интернет-зависимости по всему миру, поскольку люди стали проводить в сети практически всё время: для работы, учёбы, общения с друзьями и родственниками, а также для развлечений.

Распространенность интернет-зависимости среди подростков достигла 88,1%, при этом у 59,6% была выявлена умеренная форма зависимости. Большинство респондентов (81,1%) осознавали наличие у себя этой проблемы.

Основными целями использования интернета стали учеба (61,1%), общение (32,8%) и совершение звонков (51,5%).



Статистический анализ определил ключевые факторы риска: мужской пол, ранний подростковый возраст (10–13 лет) и большая продолжительность пользования интернетом.

В современной научной литературе представлено множество исследований, посвящённых анализу влияния пандемии COVID-19 и вынужденного перехода к дистанционному обучению на формирование интернет-зависимого поведения среди молодёжи.

В статье В. Р. Кучмы, А. Ю. Макаровой, Е. В. Нарышкиной и других «Использование интернета как фактор рискованного поведения молодёжи в условиях дистанционного обучения при COVID-19» (2022) проведено детальное исследование, в котором указывается, что в условиях социальной изоляции, вызванной пандемией, наблюдается значительное увеличение использования интернет-технологий среди обучающихся, что сопряжено с повышенными рисками для их психического здоровья.

Исследование И. А. Спирина, Д. С. Миронова, Т. Н. Трубецкой, А. Л. Санникова и Р. В. Кубасова «Влияние пандемии COVID-19 на формирование и прогрессирование интернет-зависимости у студентов-медиков» (2022) подчёркивает, что пандемия существенно усугубила проблему интернет-зависимости, особенно среди студентов медицинских специальностей. Большинство респондентов отметили значительное увеличение времени, проводимого на развлекательных интернет-платформах.

Исследования китайских ученых, направленные на изучение особенностей интернет-поведения в период пандемии COVID-19, выявило, что пандемия привела к значительному росту частоты и продолжительности использования интернета, в том числе в рекреационных целях, а также к увеличению случаев длительного интернет-сеанса.



В российских исследованиях, посвящённом психологическому благополучию молодёжи подросткового и юношеского возраста в условиях пандемии COVID-19, было установлено, что интенсивное использование интернета может стать фактором, способствующим возникновению проблем в семейных отношениях, а также неадаптивной стратегией преодоления стресса, связанного с социальным дистанцированием.

Результаты анализа литературы свидетельствуют, что от первого ко второму опросу значительно уменьшилась доля лиц, не имеющих рисков в отношении использования интернета. Широкое использование интернета для учебы, работы, общения и отдыха вызывает все более глубокую озабоченность в области общественного здоровья. В то время как чрезмерная зависимость от электронных технологий растет, увеличивается и вероятность того, что это воздействие может иметь серьезные последствия для здоровья, особенно в то время, когда мировое сообщество в борьбе с пандемией COVID-19 вынуждено перестроить онлайнсреду для работы, учебы, социальных отношений и развлечений [5].

Обучающиеся оказались в условиях самоизоляции на дистанционном обучении, и, с одной стороны, они имели возможность для общения с друзьями с помощью электронных средств обучения, а с другой – условия изоляции вызывают ряд напряжений со стороны эмоциональной сферы, увеличения нагрузки, расстройств здоровья. Как показало национальное исследование по проблеме учебы и получения информации в условиях самоизоляции во время эпидемии COVID-19, дети, находясь на дистанционном обучении, затрачивают времени на выполнение домашних заданий больше, по сравнению с традиционным обучением, увеличивается экранное время воздействия электронных средств и увеличивается количество жалоб, связанных со здоровьем [6].

Исследование, проведенное в Китае и направленное на оценку характеристик использования интернета в период эпидемии COVID-19, также выявило рост



использования интернета, включая частоту и продолжительность использования интернета в рекреационных целях, а также частоту использования интернета в течение длительного времени.

Данное исследование показало, что женский пол, возраст, депрессия и стресс достоверно коррелировали с общими баллами интернетзависимости, также было отмечено, что распространенность различных уровней депрессии, тревоги и стресса достоверно коррелировала между группами зависимых пользователей, проблемных пользователей и нормальных пользователей интернета [7, 8, 9].

Среди студентов медицинского вуза, пользующихся в обычных условиях возможностями интернета и социальных сетей, состояние каждого четвертого характеризовалось социальными и эмоциональными нарушениями, рискованным / импульсивным использованием интернета, свидетельствующими о выраженных проблемах использования последнего студентами.

В условиях пандемии COVID-19 и полностью дистанционного обучения студентов-медиков у 93,3 % опрошенных выявлены выраженные проблемы использования интернета [10].

В рамках нашего исследования была выявлена прямая корреляция между пандемией COVID-19 и ростом интернет-зависимости среди студентов. До начала пандемии значительная часть студентов уже испытывала проблемы, обусловленные чрезмерным использованием цифровых технологий. С наступлением пандемии количество таких студентов увеличилось, что привело к формированию устойчивой зависимости у некоторых из них.

Интернет-зависимость, как и другие формы аддиктивного поведения, оказывает комплексное влияние на все аспекты студенческой жизни. Это включает в себя снижение академической успеваемости, ухудшение межличностных отношений, а также негативные последствия для физического и психического здоровья. В связи с этим возникает необходимость разработки эффективных



стратегий профилактики, направленных на минимизацию чрезмерного использования интернета среди студентов и предотвращение негативных последствий для их здоровья и благополучия.

Мотивация студентов к использованию альтернативных форм досуга является ключевым аспектом профилактики интернет-зависимости. Это позволит им более эффективно справляться со стрессом, тревогой и ограничениями, связанными с пандемией COVID-19.

Таким образом несмотря на то, что интернет играет важную роль в профилактике и борьбе с пандемией, необходимо разработать комплексные стратегии общественного здравоохранения, направленные на предотвращение роста интернет-зависимости среди студентов. Это позволит сохранить баланс между использованием цифровых технологий и поддержанием психического и физического здоровья молодого поколения.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Jelenchick L.A., Hawk S.T., Moreno M.A. Problematic internet use and social networking site use among Dutch adolescents // Int. J. Adolesc. Med. Health. – 2016. – Vol. 28, № 1. – P. 119–121. DOI: 10.1515/ijamh-2014-0068
2. Problematic internet use/computer gaming among US college students: Prevalence and correlates with mental health symptoms / C. Stevens, E. Zhang, S. Cherkerzian, J.A. Chen, C.H. Liu // Depress. Anxiety. – 2020. – Vol. 37, № 11. – P. 1127–1136. DOI: 10.1002/da.23094
3. Куликова С.С., Яковлева О.В. Образовательный запрос студентов в условиях информационной среды // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. – 2017. – Т. 122, № 9. – С. 22–27.
4. Lin M.-P. Prevalence of Internet Addiction during the COVID-19 Outbreak and Its Risk Factors among Junior High



School Students in Taiwan // Int. J. Environ. Res. Public Health. – 2020. – Vol. 17, № 22. – P. 8547. DOI: 10.3390/ijerph17228547

5. College students and Problematic Internet Use (PIU): A pilot study assessing self-appraisal and independent behavior change / M. Moreno, J. Eickhoff, Q. Zhao, J.-S. Suris // J. Adolesc. Health. – 2019. – Vol. 64, № 1. – P. 131–133. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2018.06.029

6. The uses and abuses of Facebook: a review of Facebook addiction / T. Ryan, A. Chester, J. Reece, S. Xenos // J. Behav. Addict. – 2014. – Vol. 3, № 3. – P. 133–148. DOI: 10.1556/JBA.3.2014.016

7. Колесников В.Н., Мельник Ю.И., Теплова Л.И. Интернет-активность и проблемное использование интернета в юношеском возрасте // Национальный психологический журнал. – 2019. – Т. 1, № 1 (33). – С. 34–46. DOI: 10.11621/npj.2019.0104

8. The relationship between daily stress, social support and Facebook Addiction Disorder / J. Brailovskaia, E. Rohmann, H.-W. Bierhoff, H. Schillack, J. Margraf // Psychiatry Res. – 2019. – Vol. 276. – P. 167–174. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.05.014

9. Adiele I., Olatokun W. Prevalence and determinants of Internet addiction among adolescents // Computers in Human Behavior. – 2014. – Vol. 31. – P. 100–110. DOI: 10.1016/j.chb.2013.10.028.

10. Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Начева Л.В., Селедцов А.М. Психология эпидемии: как пандемия (Covid-19) влияет на психику людей. Вестник общественных и гуманитарных наук. 2020;1(4):45-54.



МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ТРУДЯЩИМСЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Руднев П. С., Швецов А. А.

Кафедра информационных технологий

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – к.м.н., доцент Штернис Т. А.

Аннотация. В статье анализируется организация медицинской помощи работающему населению и предлагаются меры по ее совершенствованию. Подробно представлены данные по медицинскому обслуживанию трудящихся угледобывающих предприятий. Приведены медицинские организации, участвующие в оказании помощи работающему населению. Выявлены недостатки в системе оказания медико-профилактической помощи трудящимся промышленных предприятий и предложены меры по ее совершенствованию.

Ключевые слова: организация медицинской помощи, медицинская организация, ведомственное здравоохранение, трудящиеся предприятий, работающее население, угледобывающие предприятия.

MEDICAL AND PREVENTIVE ASSISTANCE TO WORKERS OF INDUSTRIAL ENTERPRISES

Rudnev P.S., Shvetsov A.A.

Department of Information Technologies

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific supervisor – PhD, Associate Professor Shternis T. A.

Abstract. The article analyzes the organization of medical care for the working population and proposes measures to improve it. Detailed data on medical care for workers at coal mining enterprises is presented. Medical organizations involved in providing care to the working population are described. The article identifies shortcomings in the system



of medical and preventive care for workers at industrial enterprises and proposes measures to improve it.

Keywords: medical care organization, medical organization, departmental healthcare, workers at enterprises, working population, coal mining enterprises.

Введение

До 90-х годов прошлого столетия в стране существовала стройная и эффективная система медико-профилактической помощи трудящимся промышленных предприятий. Работающее население имело преимущество в получении медицинской помощи, так как могло ее получать по цеховому и территориальному принципу. Многие отрасли производства имеют сложные условия труда, сопровождающиеся несчастными случаями и авариями, повышенными уровнями заболеваемости и травматизма [10, 31]. Для оказания медицинской помощи пострадавшим на производстве существует экстремальная и промышленная медицина [1, 33]. В промышленной медицине важная роль принадлежит первичному звену здравоохранения так как оно обеспечивает более половины вклада в снижение смертности от производственных причин [2, 63].

В результате социально-экономических реформ в 90-е годы двадцатого века большинство государственных предприятия изменили форму собственности. Медико-санитарные части перестали получать финансирование из бюджетов государства, стали финансироваться предприятиями. Многие медико-санитарные части перешли в муниципальную систему здравоохранения. Сократилась сеть ведомственного здравоохранения. Например, сеть лечебно-профилактических учреждений железной дороги Кемеровской области в настоящее время представлена лишь одной медицинской организацией в городе Кемерово. В связи с реформированием системы здравоохранения России цеховые службы поликлиник были упразднены, резко сокращено число здравпунктов на производстве. Возник



дефицит медицинских кадров в медицинских организациях [11, 10]. Советский принцип преимущественного оказания медицинской помощи работающему населению стал существовать только там, где предприятие финансирует цеховую медико-санитарную службу.

Национальные проекты в сфере здоровья населения предусматривают улучшение медицинского обслуживания работающего населения. С 2024 года Федеральное медико-биологическое агентство реализует проект по развитию промышленной медицины. К 2027 году планируется открыть более 60 комплексных центров промышленной медицины, где будет оказываться на современном уровне медико-профилактическая помощь трудящимся промышленных предприятий. Медицинские работники таких центров призваны осуществлять профилактику травматизма и профессиональных заболеваний, проводить лечение и реабилитацию трудящихся. Важная роль здесь принадлежит руководителям медицинских организаций, оценке их деятельности [3, 95].

Исходя из вышеизложенного, в связи с реформами здравоохранения, упразднением существовавших и появлением новых медицинских организаций целью настоящего исследования стал анализ существующей системы оказания медико-профилактической помощи трудящимся промышленных предприятий (на примере угледобывающей промышленности) и разработке мероприятий, направленных на ее совершенствование.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования послужили медицинские организации разных форм собственности, оказывающие медико-профилактическую помощь трудящимся (на примере угольных предприятий) Кемеровской области. В качестве методов исследования использованы: анализ литературных источников, выкопировка данных из годовых отчетов медицинских организаций, анализ и интерпретация полученных данных.



Результаты и их обсуждение

На многих промышленных предприятиях имеются вредные, неблагоприятные и тяжелые условия труда. Особенно это относится к угледобывающей промышленности, где вредные и опасные производственные факторы присутствуют на каждом предприятии. Медико-профилактическая помощь трудящимся оказывается широкой сетью лечебно-профилактических медицинских организаций [7, 164]. На части предприятий НПО «Прокопьевскуголь» имеются фельдшерские здравпункты, входящие в состав муниципальных медицинских организаций.

Амбулаторная и стационарная медицинская помощь оказывается в медицинских организациях города Прокопьевска и Кемеровской области. Специализированная медицинская помощь оказывается Прокопьевским клиническим ортопедо-хирургическим центром восстановительного лечения, Кузбасским клиническим центром охраны здоровья шахтеров имени святой великомученицы Варвары города Ленинска-Кузнецкого, Прокопьевским городским и Кемеровским областными центрами профпатологии, Кузбасским клиническим центром медицины катастроф имени профессора И. К. Галеева. В горноспасательных отрядах Кемеровской области функционируют реанимационно-противошоковые группы. Консультативная помощь осуществляется профессорско-преподавательским составом Кемеровского государственного медицинского университета и Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей.

Медицинская помощь трудящимся состоит из первой помощи, амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. В угледобывающей промышленности первая помощь имеет огромное значение. В 70% случаев первая помощь в шахте выглядит как само- и взаимопомощь. Поэтому каждый работник должен иметь навыки оказания само- и взаимопомощи.



Трудающиеся получают медико-профилактическую помощь в основном по территориальному принципу, по месту жительства в рамках государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью [6, 13]. Наиболее эффективной такая помощь выглядит при активном взаимодействии администрации предприятия и медицинской организации. При этом появляются элементы медицинской помощи с использованием цехового принципа. На предприятиях организуются здравпункты, работающие на основе договоров между медицинской организацией и предприятием. Затраты на работу здравпункта, содержание помещения и оборудования берет на себя предприятие. Здравпункты располагают необходимым количеством помещений, набором медикаментов и средств для оказания первой медицинской помощи. Имеется паспорт предприятия, в котором отражены основные производственные процессы, санитарно-гигиенические условия, характеристика контингента работающих, ведется учет заболеваемости с временной утратой трудоспособности и травматизма. В настоящее время здравпункты имеют около 70% предприятий.

На некоторых предприятиях используется система добровольного медицинского страхования с оплатой страхового полиса полностью или частично за счет работодателя. Имеет место оказание медико-профилактической помощи трудящимся предприятий медицинскими организациями с частной формой собственности. Важная роль в профилактике заболеваемости, пропаганде здорового образа жизни принадлежит Центрам здоровья, функционирующим во многих населенных пунктах Кемеровской области [8, 130].

На крупных предприятиях (объединениях) существуют медико-санитарные части. Они бывают закрытого типа, с прикреплением трудящихся только данного предприятия и открытого типа, с оказанием медицинской помощи работникам предприятия, членам их семей и окрестному населению. В медико-санитарной части основным структурным подразделением является цеховая служба. К цеховому



участку прикрепляется 1500-1700 работников предприятия. Медицинский персонал хорошо знает производство и существующие неблагоприятные факторы, влияющие на здоровье работающих. Медицинские работники участвуют в разработке планов социально-экономического развития предприятий, профилактике заболеваемости и укреплении здоровья трудящихся. Вместе с этим, для оказания медицинской помощи на современном уровне, персонал медицинских организаций должен обладать навыками бережливого мышления [9, 167]. Необходимо уделять внимание качеству жизни трудящихся предприятий [5, 26]. Качество жизни во многом зависит от семьи. Поэтому при планировании профилактических мероприятий необходимо учитывать социально-гигиеническую и психологическую характеристику семей трудящихся [12, 357].

На угольных предприятиях и цеховой медицинской службе большое внимание уделяется медицинским осмотрам. Охват трудящихся периодическими медицинскими осмотрами составляет более 97% от числа всех подлежащих осмотру. Причинами не прохождения периодических медицинских осмотров являются заболевания, отпуск, длительные командировки, увольнение. На медицинских осмотрах выявляются лица с подозрением на профессиональные заболевания. Результаты медицинских осмотров используются при планировании оздоровительных мероприятий, смене профессии. Контроль за проведением медицинских осмотров осуществляет территориальное управление Роспотребнадзора по Кемеровской области.

Материалы исследования свидетельствуют, что 90% трудящихся имеют удовлетворительное здоровье, 96% из них болеют в течение года 1-2 раза. Наиболее часто встречаются болезни органов дыхания (51,3%), болезни костно-мышечной системы (24,2%), травмы (7,3%). Наличие профессиональных заболеваний отмечается у 7,1%, травмы на производстве получали 6,8% работающих. В случае болезни не обращаются за медицинской помощью 55,4% трудящихся.



Для оказания медико-профилактической помощи трудящимся промышленных предприятий на современном этапе широко используются новые информационные технологии. Для медицинских организаций, оказывающих помощь работникам угледобывающих предприятий важным является наличие телемедицинских технологий. Для телемедицины Кузбасса создан специальный портал, к которому в настоящее время подключены 83 медицинские организации области [4, 2].

Заключение

Состояние медико-профилактической помощи трудящимся промышленных предприятий является важным элементом в системе охраны труда и регламентируется законодательством Российской Федерации. Эффективность медико-профилактической помощи определяется распространенностью здорового образа жизни, уровнем медицинской профилактики, своевременной и качественной медицинской помощью. Большая роль в профилактике заболеваемости принадлежит предварительным и периодическим медицинским осмотрам.

Наиболее эффективным методом оказания медико-профилактической помощи, работающим является цеховой принцип, позволяющий не только лечить, но и предупреждать отклонения в здоровье, вызываемые условиями труда. При разработке планов социально-экономического развития предприятий, заключении коллективных трудовых договоров необходимо учитывать влияние на состояние здоровья не только производственных, но и бытовых социально-гигиенических факторов, качество жизни работников. Практика показывает, что затраты предприятий на охрану здоровья трудящихся, окупаются за счет снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности, повышения работоспособности в результате профилактических мероприятий. Необходимо неформальное обучение трудящихся оказанию само- и взаимопомощи, пропаганда своевременного обращения за медицинской помощью в случае заболеваний и травм.



Проблемы охраны здоровья трудящихся промышленных предприятий, улучшение условий труда и быта, повышение качества медико- профилактической помощи должны решаться комплексно с участием органов управления здравоохранением различных уровней и медицинских организаций, администрации предприятий, а также имеющихся общественных организаций.

Источники и литература / Sources and referens:

1. 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.
2. Ивойлов, В. М. Организация лечебно-профилактической помощи работникам угольной отрасли в современных условиях / В. М. Ивойлов, Т. А. Штернис // Медицина в Кузбассе. – 2012. – Т. 11, № 3. – С. 62-64. – EDN PURSEP.
3. Копытина, Н. В. Методика оценки достижения целевого значения критерия новой модели организации оказания медицинской помощи «Количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя поликлиники и его заместителей» / Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, С. С. Кырыкбаева // Прокузбасс 2023 : МАТЕРИАЛЫ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОГО ФОРУМА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ, Кемерово, 04–06 июля 2023 года. – Кемерово: ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2023. – С. 89-96. – EDN HSNGIP.
4. Копытина, Н. В. Роль информатизации в модернизации здравоохранения Кузбасса / Н. В. Копытина, Г. В. Акименко // Дневник науки. – 2025. – № 2(98). – EDN UENDVQ.
5. 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.

6. Обеспечение качества и доступности медицинской помощи посредством повышения эффективности управления организациями системы здравоохранения на основе ГОСТ Р ИСО 9001:2015 и ресурсосберегающих технологий (бережливого производства) : Учебное пособие для обучающихся по программам дополнительного профессионального образования / Г. Н. Царик, Г. И. Колпинский, О. Л. Рытенкова [и др.]. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Кемерово : ООО «ИНТ», 2019. – 315 с. – ISBN 978-5-8151-0138-8. – EDN JFDZOA.

7. Перспективы развития регионального здравоохранения / В. М. Ивойлов, А. С. Сергеев, Г. Н. Царик, В. К. Цой // Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право : Материалы Международного форума, Новосибирск, 30 ноября – 01 2012 года. – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2012. – С. 162-166. – EDN TVOJBZ.

8. Полянская, И. А. Деятельность центров здоровья в Кемеровской области / И. А. Полянская, Т. А. Штернис // Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право : Материалы Международного форума, Новосибирск, 30 ноября – 01 2012 года. – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2012. – С. 128-132. – EDN TSOOVX.

9. Проект «Подготовка врачей, обладающих бережливым мышлением». Некоторые результаты изучения проблем / Т. А. Штернис, Ю. С. Чурсина, И. И. Селин [и др.] // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения : материалы XIV научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 28 декабря 2022 года. – Кемерово: КемГМУ, 2022. – С. 166-173. – EDN YQJGCU.

10. Социально-гигиенический мониторинг и оценка аэрогенного риска для здоровья населения крупного центра металлургии при обосновании санитарно-



защитной зоны предприятия / Е. В. Коськина, В. М. Ивойлов, А. П. Михайлуц [и др.]
// Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 3. – С. 31. – EDN
RAADBP.

11. Штернис, Т. А. Определение потребности в медицинских кадрах, необходимых для реализации программы государственных гарантий оказания населению кемеровской области бесплатной медицинской помощи / Т. А. Штернис, В. М. Ивойлов // Медицина в Кузбассе. – 2013. – Т. 12, № 3. – С. 6-11. – EDN REDRSF.

12. 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.

**ЗНАЧЕНИЕ VR-ТРЕНАЖЕРА СИМУЛЯТОРА «ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ»
В ПРЕОДОЛЕНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ
ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ
В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ**

Руднев П. С., Швецов А. А.

Кафедра информационных технологий

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – Н. В. Копытина

Аннотация. В статье приведены результаты исследования освоения студентами практических навыков по оказанию первой помощи человеку в угрожающем здоровью состоянии. Оценка проводилась по времени, затраченном на



оказание данного вида помощи и количеству ошибок. Студенты отрабатывали навыки на виртуальном тренажере оказания первой помощи в реалистичном VR-мире. В начале использования тренажера «Первая помощь» более 90% обучающихся испытывали психологические проблемы и делали ошибки. После третьей попытки этот показатель снижался до 35%. Более 70% студентов стали чувствовать себя увереннее в оказании помощи. Практически 100% обучающихся изъявили желание продолжить освоение практических навыков в VR-формате.

Ключевые слова: первая помощь, студенты, VR-тренажер, практические навыки, психологическое состояние, экстремальная ситуация.

THE IMPORTANCE OF THE VR-TRAINER SIMULATOR «FIRST AID» IN OVERCOMING PSYCHOLOGICAL PROBLEMS IN PROVIDING ASSISTANCE TO VICTIMS IN EXTREME SITUATIONS

Rudnev P. S., Shvetsov A.A.

Department of Information Technology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Abstract. The article presents the results of a study of students' mastering practical skills in providing first aid to a person in a health-threatening condition. The assessment was based on the time spent on providing this type of assistance and the number of errors. The students practiced their skills on a virtual first aid simulator in a realistic VR world. At the beginning of using the First Aid simulator, more than 90% of the students experienced psychological problems and made mistakes. After the third attempt, this figure dropped to 35%. More than 70% of students began to feel more confident in providing assistance. Almost 100% of the students expressed a desire to continue learning practical skills in the VR format.

Keywords: first aid, students, VR-simulator, practical skills, psychological state, extreme situation.



Введение

В современном мире важное медико-социальное значение приобрела проблема внезапной смертности. Среди ее причин значительная часть связана с травмами и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Из-за внезапной остановки сердца часто умирают не только пожилые люди, но и молодежь, в возрасте до 35 лет. Перед внезапной смертью отмечаются состояния обморока, потери сознания, тошноты, головокружения, нарушение координации и другие симптомы. По данным ВОЗ, 70% людей, пострадавших от травм, погибают из-за неоказания им необходимой первой помощи. Правильные действия в течение первых 3–5 минут повышают шансы на выживание более чем в 50% случаев [1, С.36].

Однако большинство людей, находящихся рядом с пострадавшим, испытывают психологические проблемы, упускают драгоценное время. Для пострадавшего жизненно важным является получение первой помощи как можно быстрее, без ожидания специалистов по оказанию первой медицинской помощи. Поэтому чем больше населения будет подготовлено к оказанию помощи пострадавшим, тем благоприятнее будет исход для пострадавшего. Образовательная программа «Первая помощь» пользуется большим спросом и возможность ее реализация повышает конкурентоспособность университета [10, С.450].

Для оказания первой помощи не требуется специальное медицинское образование. В идеале каждый человек должен иметь навыки оказания первой помощи, в том числе самому себе. Особенно актуальным это является для студентов медицинских специальностей уже начиная с первого курса [3, С.218]. Мероприятия по оказанию помощи включают в себя устранение воздействия травмирующего фактора, непосредственное оказание первой помощи, скорейшую транспортировку пострадавшего в медицинскую организацию. При реализации образовательной программы «Первая помощь» применяется современная педагогическая технология «перевернутый класс» с вовлеченности студентов в учебный процесс [8, С.471].



Объекты и методы исследования

Объектом исследования являются студенты ГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, проходящие обучение по дисциплинам информационные технологии в профессиональной деятельности и прикладные информационные технологии. Единицей наблюдения выступают студенты, осваивающие навыки на тренажере «Первая помощь», численностью 213 человек. В исследовании применялись следующие методы: изучение литературных источников, наблюдение за работой на VR-тренажере «Первая помощь», анкетный метод, анализ и интерпретация полученных данных.

Результаты и их обсуждение

Цель исследования заключается в изучении освоения студентами практических навыков на VR-тренажере симуляторе «Первая помощь» и его роли в преодолении психологических проблем при оказании помощи пострадавшему в экстремальных ситуациях.

Современные информационные технологии прочно вошли в сферу здравоохранения и медицинского образования [7, С.2]. Одной из таких технологий является VR-тренажер симулятор «Первая помощь», который дает возможность отработать последовательность действий, связанных с оказанием первой помощи пострадавшему, путем погружения в среду виртуальной реальности при различных ситуациях [9, С.562]. Правила оказания первой помощи состоят из простых действий, которые может освоить любой человек. Использование виртуальных технологий помогает сделать процесс обучения навыкам оказания первой помощи персонализированным, более доступным и интересным [5, С.91]. Образовательная программа по оказанию первой помощи пострадавшему в экстремальной ситуации соответствует стратегическому проекту развития и повышения качества образования медицинского университета [4, С.345].



Благодаря VR-тренажеру симулятору «Первая помощь» теоретические знания прочно закрепляются в памяти, что позволяет быстрее реагировать и оказывать необходимую помощь в реальных экстремальных ситуациях. Судьба пострадавшего человека как правило решается в первые минуты после происшествия. Важно, чтобы оказывающий помощь человек был психологически готов к такой деятельности и мог произвести немедленную помощь пострадавшему на месте происшествия. Как показывает практика многие люди, даже теоретически знакомые с правилами оказания первой помощи, в первые минуты просто теряются. VR-тренажер симулятор «Первая помощь» позволяет оказывать первую помощь реально, как в действительности. Малейшие движения рук повторяются в виртуальной реальности. Это закрепляет правильные действия в памяти обучаемых и увеличивает шансы на спасение жизни пострадавшего. Он позволяет проводить персональное обучение с указанием неправильных действий и неограниченным количеством тренировок [2, С.120]. Тренажер может работать в двух режимах: в обучающем режиме с голосовыми и визуальными подсказками, и контрольном режиме с фиксацией действий и отражением результатов в чек-листе.

VR-тренажер симулятор «Первая помощь» содержит 10 сценариев: отсутствие сознания, остановка дыхания и кровообращения, наружные кровотечения, инородные тела верхних дыхательных путей, травмы различных областей тела, ожоги, обморожение, отравление, инфаркт, инсульт. Обучающийся сам формирует образовательный процесс и последовательность освоения практических навыков [6, С.180].

При обучении надевается VR-гарнитуру, запускается программа того или иного сценария и обучающийся переносится в виртуальную реальность, где есть пострадавший. Например, при дорожно-транспортном происшествии на дороге лежит человек у которого повреждена нога и находится в неестественном положении, что указывает на перелом, идет кровь. Пользователь с помощью VR-



контроллеров сначала вызывает скорую, затем берет аптечку и обрабатывает рану, делает повязку и накладывает шину. Программа оценивает очередность и правильность действий. При этом обучающийся попадает в реалистичную ситуацию, совершает ошибки, получает подсказки и может повторять обучение многократно, до полного овладения практическими навыками.

По данным анкетного опроса при первом использовании тренажера «Первая помощь» 92% обучающихся испытывали психологические проблемы, 91% из них делали ошибки. После первого занятия более 70% студентов отмечают, что стали чувствовать себя увереннее в оказании помощи. Все обучающиеся изъявили желание продолжить освоение практических навыков в VR-формате.

Наблюдение за овладением практических навыков на тренажере «Первая помощь» показало, что после третьей попытки число обучающихся допустивших ошибки снизилось до 35%.

Заключение

Использование VR-тренажер симулятор «Первая помощь» в освоении практических навыков повышает качество обучения за счет наглядности и реальности событий, вовлеченности и сосредоточенности на процессе оказания первой помощи пострадавшему, способствует преодолению психологических проблем в экстремальных ситуациях. Тренажер позволяет точно и объективно оценивать работу обучающихся.

При первом использовании тренажера «Первая помощь» более 90% обучающихся испытывали психологические проблемы и делали ошибки. После третьей попытки этот показатель снижался до 35%. Более 70% стали чувствовать себя увереннее в оказании помощи. Практически 100% обучающихся изъявили желание продолжить освоение практических навыков в VR-формате.

Для эффективной организации учебного процесса на VR-тренажере симуляторе «Первая помощь» использован экосистемный подход, включающий в



себя работу с коллективами: производителей продукции, продавцов, управленческого персонала вуза, преподавателей, студентов [11, С.209].

Источники и литература / Sources and referens:

1. 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.

2. Ивойлов, В. М. Персонализация образовательной деятельности в современных условиях: включение студентов в решение задач образовательного процесса / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Вестник общественных и гуманитарных наук. – 2024. – Т. 5, № 3. – С. 118-120. – EDN JPDPYZ.

3. Ивойлов, В. М. Повышение эффективности высшего медицинского образования с учетом потребностей обучающихся / В. М. Ивойлов, Т. А. Штернис, Н. В. Копытина // Современный мир, природа и человек : сборник материалов XXIII Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10 октября 2024 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2024. – С. 210-219. – EDN SXTOEN.

4. Ивойлов, В. М. Стратегические проекты в медицинском вузе как эффективный инструмент развития образовательных программ и повышения качества медицинского образования / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Актуальные вызовы и проблемы медицинского и фармацевтического образования : материалы XVI научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 26 февраля 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 338-346. – EDN JSVVAU.

5. Клиентоцентричность как основа инновационных педагогических технологий / Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, О. П. Власова, С. С. Кырыкбаева // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути



решения : материалы XIV научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 28 декабря 2022 года. – Кемерово: КемГМУ, 2022. – С. 85-92. – EDN FCLMCW.

6. Копытина, Н. В. Просьюмеризм в высшем учебном заведении: участие студентов в решении проблем образовательного процесса / Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, Т. Ю. Джолдошева // Прокузбасс 2023 : МАТЕРИАЛЫ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОГО ФОРУМА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ, Кемерово, 04–06 июля 2023 года. – Кемерово: ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2023. – С. 175-181. – EDN HKVIVK.

7. Копытина, Н. В. Роль информатизации в модернизации здравоохранения Кузбасса / Н. В. Копытина, Г. В. Акименко // Дневник науки. – 2025. – № 2(98). – EDN UENDVQ.

8. Копытина, Н. В. Роль современной образовательной технологии «перевернутый класс» в повышении качества образования за счет персонализации образовательной деятельности и вовлеченности студентов в образовательный процесс / Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, С. С. Кырыкбаева // Актуальные проблемы высшего и среднего образования : материалы XV научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 20 декабря 2023 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2023. – С. 467-474. – EDN DTIAGJ.

9. Развитие информационных технологий в Кемеровском государственном медицинском университете / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, Н. А. Огорокова // Актуальные проблемы профилактической медицины : материалы Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 150-летию со дня рождения академика Н.А. Семашко, Кемерово, 12 декабря 2024 года. – Кемерово: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение



высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2024. – С. 551-562. – EDN ECDIOU.

10. Штернис, Т. А. Государственные инициативы по повышению конкурентоспособности российских университетов / Т. А. Штернис, Н. В. Копытина, В. М. Ивойлов // Актуальные вызовы и проблемы медицинского и фармацевтического образования: материалы XVI научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 26 февраля 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 443-451. – EDN GSAGUN.

11. Экосистемный подход как современный тренд развития высшего медицинского образования / Г. В. Акименко, А. С. Яковлев, Т. А. Штернис [и др.] // Прокузбасс 2023: МАТЕРИАЛЫ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОГО ФОРУМА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ, Кемерово, 04–06 июля 2023 года. – Кемерово: ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2023. – С. 201-209. – EDN WXOCGT.

**ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР:
АКТУАЛЬНОСТЬ АРТ-ТЕРАПИИ ПРИ
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ**

Рустемова К.С.¹, Советканова И.К.¹, Зекенова З.С.¹, Касымова А.Т.²

Кафедра психиатрии и наркологии

¹НАО «Медицинский Университет Семей,

Республика Казахстан, г. Семей

²КГП на ПХВ Поликлиника № 1 г.Семей,

Республика Казахстан, г. Семей

Научный руководитель - Алмагамбетова А. А.



Аннотация. Арт-терапия используется как вспомогательный метод при тревоге и депрессии. Она помогает выражать эмоции через творчество, снижает напряжение и улучшает настроение. Эффективность зависит от регулярности занятий, настроения участников и опыта терапевта, но чаще всего результаты положительные. В комплексе с другими видами лечения арт-терапия повышает общее качество жизни.

Ключевые слова: арт-терапия, изотерапия, депрессия, тревожные расстройства, клиническая эффективность, психокоррекция, подростки.

LITERATURE REVIEW: RELEVANCE OF ART THERAPY FOR ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS

Rustemova K.S.¹, Sovetkanova I.K.¹, Zekenova Z.S.¹, Kasymova A.T.²

Department of Psychiatry and Narcology

¹*NAO Semey Medical University,*

Republic of Kazakhstan, Semey

²*KGP at PVC Polyclinic No. 1, Semey,*

Republic of Kazakhstan, Semey

Scientific supervisor - Almagambetova A. A.

Abstract. Art therapy is used as an auxiliary method for anxiety and depression. It helps to express emotions through creativity, reduces tension, and improves mood. Its effectiveness depends on the regularity of sessions, participants' motivation, and the therapist's experience, but the results are usually positive. When combined with other forms of treatment, art therapy enhances overall quality of life.

Keywords: art therapy, art-based therapy, depression, anxiety disorders, clinical effectiveness, psychocorrection, adolescents.



Введение

Тревожно-депрессивные расстройства являются одной из наиболее распространённых форм психических нарушений в современном обществе. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), депрессией страдают более 280 миллионов человек во всём мире, а тревожные расстройства занимают лидирующие позиции среди психопатологий. Эти состояния оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни, социальную адаптацию и физическое здоровье пациентов. Традиционно лечение тревожно-депрессивных расстройств основывается на фармакотерапии и психотерапевтических подходах (когнитивно-поведенческая терапия, психоанализ и др.). Однако в последние десятилетия всё большее внимание уделяется дополнительным методам психокоррекции, в частности арт-терапии. Арт-терапия рассматривается как эффективный способ выражения и переработки эмоционального опыта через творческую деятельность, что способствует снижению симптоматики тревоги и депрессии, а также улучшению эмоциональной устойчивости. [17]

В последние годы арт-терапия всё чаще включается в комбинированные протоколы лечения, где она используется в дополнение к фармакотерапии и когнитивно-поведенческой терапии. Такая интеграция особенно востребована в программах медицинской реабилитации и при работе с пациентами, имеющими сопутствующие соматические заболевания, например у женщин с онкологической патологией. Мета-аналитические данные подтверждают, что включение арт-интервенций в комплексную терапию способствует снижению выраженности тревожных и депрессивных симптомов, что подчёркивает потенциал арт-терапии в рамках мультидисциплинарного подхода. [15]

Актуальность исследования обусловлена необходимостью поиска мягких, ресурсных и доступных методов помощи пациентам с тревожно-депрессивными расстройствами. Арт-терапия позволяет не только облегчить эмоциональное



состояние, но и способствует развитию саморефлексии, креативности и социальной адаптации, что делает её перспективным направлением в системе психокоррекционной и психотерапевтической практики.[15]

Цель работы

Целью настоящего литературного обзора является анализ современных исследований, посвящённых эффективности арт-терапии при тревожно-депрессивных расстройствах, а также рассмотрение её роли как дополнительного инструмента психотерапевтической практики.[2]

Объект исследования — арт-терапия как психокоррекционный метод в системе психиатрической и психологической помощи людям с тревожно-депрессивными расстройствами.[16]

Предмет исследования — влияние различных видов арт-терапии (изотерапия, музыкотерапия, драматерапия, сказкотерапия и др.) на эмоциональное состояние, уровень тревожности и депрессивные проявления у пациентов.[14]

Методы исследования:

- Анализ литературы. Рассмотрение научных статей, книг, диссертаций и практических руководств по теме арт-терапии и её применения при тревожно-депрессивных расстройствах.
- Сравнительно-аналитический метод. Сопоставление данных разных авторов и направлений арт-терапии, выявление сходств и различий в эффективности.
- Контент-анализ клинических данных. Изучение статистики применения арт-терапии в психиатрической и психотерапевтической практике.
- Метод обобщения. Систематизация результатов отечественных и зарубежных исследований для определения ключевых закономерностей и терапевтических эффектов.

4.Эмпирическая база. В обзор включены современные публикации, практические кейсы и результаты исследований (2020–2025 гг.), отражающие опыт



применения арт-терапии в психиатрии, психотерапии и клинической психологии.[16]

Результаты и их обсуждения

Современные исследования показывают, что арт-терапия способствует снижению тревожности и депрессии, улучшает качество жизни и эмоциональную устойчивость пациентов. Эффективность отмечается как при индивидуальных, так и при групповых занятиях, в том числе в цифровом формате.[16] Метод оказывается полезным для разных возрастных групп — от подростков до пожилых людей, а также для пациентов с соматическими заболеваниями. Важно, что положительный эффект сохраняется длительное время после завершения терапии. Наибольшая результативность достигается при комбинированных подходах, когда арт-терапия используется вместе с фармакотерапией и психотерапией. Вместе с тем сохраняется необходимость дальнейшей стандартизации методик и уточнения оптимальной длительности и формата занятий.[18]

Как часто используется арт-терапия при тревожно-депрессивном расстройстве

Несмотря на растущую доказательную базу, арт-терапия при тревожно-депрессивных расстройствах пока не относится к числу основных, стандартизированных методов лечения (таких как фармакотерапия или когнитивно-поведенческая терапия). Однако в последние годы (2020–2025) наблюдается тенденция к расширению её применения в клинической и профилактической практике.[13]

Во-первых, арт-терапия широко используется как дополнительный метод в составе комплексной психотерапии. Систематические обзоры показывают, что в большинстве исследований арт-интервенции назначаются параллельно с медикаментозной терапией или КБТ, усиливая их эффективность. [16]



Во-вторых, арт-терапия получила распространение в реабилитационных и образовательных учреждениях.[4] В постковидный период многие программы психологической поддержки включали техники арт-терапии для снижения тревожности и депрессии у студентов, педагогов и медицинских работников. [20]

В целом, можно заключить, что арт-терапия при тревожно-депрессивных расстройствах используется не так часто, как традиционные методы, но её популярность заметно выросла в последние пять лет.[18] Особенно активно арт-интервенции внедряются в клиническую практику в формате групповых занятий, программ стресс-менеджмента и профилактики эмоционального выгорания.[16]

Почему арт-терапия может быть эффективнее других способов при тревожно-депрессивном расстройстве

По нашему взгляду, эффективность арт-терапии при тревожно-депрессивных расстройствах объясняется её особенностями, которые отличают данный метод от традиционных психотерапевтических подходов.

Во-первых, арт-терапия предоставляет невербальные каналы выражения переживаний. Для пациентов с тревогой и депрессией характерны трудности в вербализации эмоционального опыта: они часто не могут описать словами собственные чувства и состояния. Творческая активность (рисунок, музыка, коллаж, движение) становится инструментом внешнего выражения подавленных эмоций, что снижает уровень внутреннего напряжения и способствует катарсису. [20]

Во-вторых, арт-терапия формирует позитивный эмоциональный опыт и усиливает чувство контроля. В отличие от когнитивно-поведенческой терапии, которая требует активной работы с мыслями и когнициями, арт-терапия делает акцент на процесс творчества и переживание удовольствия от него. Это позволяет временно переключить внимание пациента с негативных мыслей на созидательную деятельность и постепенно восстановить способность испытывать положительные эмоции. [10]

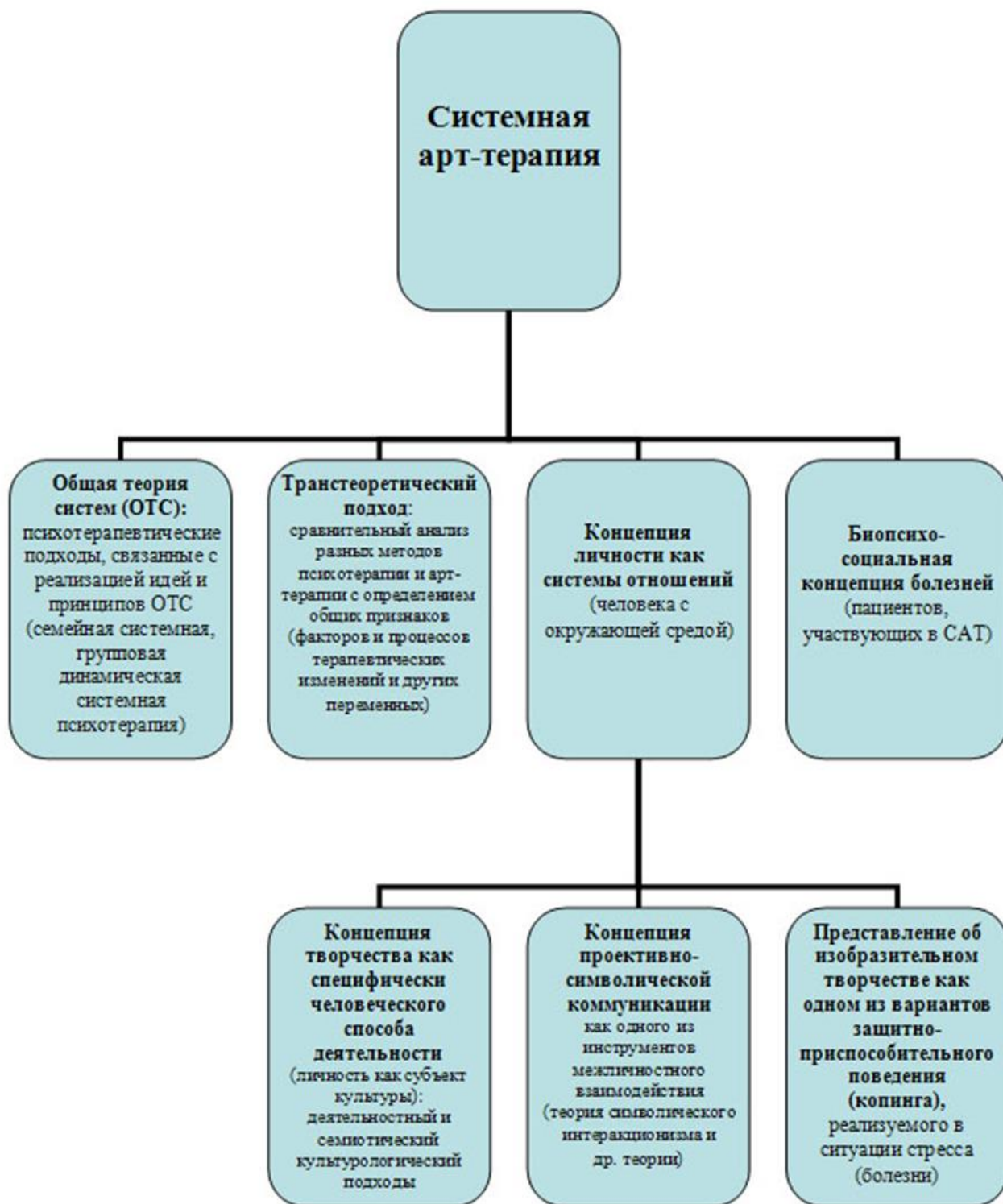


Рис. 1. - Теоретико-методологические элементы САТ. [11]



Каковы нейропсихологические механизмы влияния арт-терапии на тревожно-депрессивные расстройства?

Современные исследования показывают, что арт-терапия активирует зоны мозга: таламус, амигдала, гиппокамп, префронтальная кора лобных долей, гипоталамус, которые связаны с регуляцией эмоций и системой вознаграждения. Вовлечение в творческий процесс стимулирует работу лимбической системы, способствует высвобождению дофамина и серотонина, что уменьшает чувство тревоги и подавленности. Кроме того, творческая деятельность способствует формированию новых нейронных связей и улучшает когнитивную гибкость, что помогает пациентам легче справляться с навязчивыми негативными мыслями.

Факторы, влияющие на эффективность арт-терапии

1. Тип арт-терапии / модальность творческого выражения Визуальное искусство (рисование, живопись, коллаж) часто показывает довольно сильный эффект в снижении депрессии/тревожности. Музыка, драматизация, танец — менее изучены, эффект варьируется. Важна активность со стороны участника: не просто слушание или наблюдение, но создание, выражение чего-то личного. [3]

2. Характеристика участников Возраст: дети и подростки очень чувствительны к арт-интервенциям. [8] Тип тревожно-депрессивного проявления, сопутствующие заболевания (например, наличие хронического заболевания, онкология) влияют на исход. [19] Начальный уровень симптомов: когда депрессия/тревога умеренной тяжести, эффект легче продемонстрировать.

3. Контекст и условия проведения Групповые или индивидуальные занятия: групповой формат часто даёт дополнительные преимущества через социальную поддержку. Наставник/арт-терапевт с опытом: присутствие квалифицированного специалиста усиливает эффект. [21]

Доступность материалов, комфорт среды, чувство безопасности участников. Творческая среда без давления. [5]



Заключение

Арт-терапия на сегодняшний день рассматривается как эффективное дополнение к традиционным методам лечения тревожно-депрессивных расстройств. [7] Результаты современных исследований показывают, что арт-интервенции способствуют снижению уровня тревоги и депрессии, повышению эмоциональной устойчивости, улучшению качества жизни и социальной адаптации пациентов. [9] Отдельного внимания заслуживают цифровые и онлайн-форматы арт-терапии, которые делают метод более доступным и удобным для практического применения. [1] Также подтверждена устойчивость терапевтического эффекта при длительном наблюдении. [12]

Заключение

Эффективность арт-терапии по сравнению с другими методами связана с её комплексным воздействием: она объединяет эмоциональную, когнитивную, сенсомоторную и социальную сферы, предоставляя пациентам уникальные возможности для самовыражения, переработки травматичного опыта и восстановления психоэмоционального равновесия [6].

Источники и литература / Sources and references:

1. Ania Zubala, Nicola Kenne, Simon Hackett: Art Therapy in the Digital World: An Integrative Review of Current Practice and Future Directions
2. Bingyue Han, Yong Jia, Guannan Hu, Linqun Bai, Hayley Gains, Simiao You, Rendong He, Yongliang Jiao, Kexin Huang, Lianzhi Cui, Li Chen: The effects of visual art therapy on adults with depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis
3. Bo Zhang, Jiahua Wang, Azizah Binti Abdullah: The effects of art therapy interventions on anxiety in children and adolescents: A meta-analysis
4. Генова Н.М., Захарова И.Е.: Использование технологий арт-терапии по преодолению постковидного синдрома: психолого-педагогические аспекты.



5. Goldy: The Role of Sand Play Therapy in Processing Loss and Grief
6. Girija Kaimal, Katrina Carroll-Haskins, Yigit Topoglu, Arun Ramakrishnan, Asli Arslanbek, Hasan Ayaz: Exploratory fNIRS Assessment of Differences in Activation in Virtual Reality Visual Self-Expression Including With a Fragrance Stimulus
7. Ensiyeh Jenabi, Saeid Bashirian, Erfan Ayubi, Masoud Rafiee, Mozhdeh Bashirian: The Effect of the Art Therapy Interventions on Depression Symptoms Among Older Adults: A Meta-analysis of Controlled Clinical Trials
8. Eleanor Keiller, Taryn Hutchinson, Dennis Ougrin, Catherine Elizabeth Carr, Jennifer Y.F. Lau: Therapist perceived active ingredients of school-based dramatherapy for children and young people with emotional distress
9. Juan Peng, Dan Cheng: The effectiveness of therapeutic artmaking on depression, anxiety, quality of life, and psychological distress in cancer patients on chemotherapy: a systematic review of the literature
10. Jialu Qian, Shiwen Sun, Man Wang, Xiangyu Sun, Xiaoyan Yu: Art-based interventions for women's mental health in pregnancy and postpartum: A meta-analysis of randomised controlled trials
11. Копытин А.И.: Применение арт-терапии в лечении и реабилитации больных с психическими расстройствами
12. Khadeja Alwledat, Rasmieh Al-Amer, Amira Mohammed Ali, Yacoub Abuzied, Feras Adnan Khudeir, Naif S Alzahrani, Saleh R Alshammari, Mohammed AlBashtawy, Thanuja Thananayagam, Mahlagha Dehghan: Creative Art Therapy for Improving Depression, Anxiety, and Stress in Patients with Stroke: A Quasi-Interventional Study
13. Maxwell S Barnish, Rebecca V Nelson-Horne: Group-based active artistic interventions for adults with primary anxiety and depression: a systematic review
14. Malchiodi, C. A. (2020). Art Therapy: A Comprehensive Guide. Guilford Press



15. Myungjoo Lee, Han Choi, Jiwon Shin, Ho-Suk Suh: The Effects of Adding Art Therapy to Ongoing Antidepressant Treatment in Moderate-to-Severe Major Depressive Disorder: A Randomized Controlled Study
16. Ronja Joschko, Caroline Klatte, Weronika A Grabowska, Stephanie Roll, Anne Berghöfer, Stefan N Willich: Active Visual Art Therapy and Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis
17. ShiShuang Zhou, MeiHong Yu, Zhan Zhou, LiWen Wang, WeiWei Liu, Qin Dai: The effects of art therapy on quality of life and psychosomatic symptoms in adults with cancer: a systematic review and meta-analysis
18. Tangsen Huang, Xiangdong Yin: Exploring the benefits of art therapy for anxiety and depression in women with breast cancer: A meta-analytical systematic review
19. Yong Tang, Fang Fu, Hua Gao, Li Shen, Iris Chi, Zhenggang Bai: Art therapy for anxiety, depression, and fatigue in females with breast cancer: A systematic review
20. F Glowacz, E Schmits: Psychological distress during the COVID-19 lockdown: The young adults most at risk
21. Huiyuan Li, Shishuang, Zhou Yuan Yang, YiShu Qi, Weiwei Liu, Lin Mo, Cho Lee Wong: Effects of art therapy on psychological outcomes among children and adolescents with cancer: a systematic review and meta-analysis

ПРОБЛЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Рыжих Д. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – старший преподаватель А. С. Яковлев

Аннотация. В данной статье рассматриваются проблемы, с которыми сталкиваются дети и образовательные организации, осуществляющие как



инклюзивное, так и специальное (коррекционное) обучение, воспитание и развитие детей и подростков с ОВЗ. Проблемы социальной адаптации детей среди сверстников.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, инклюзивное образование, специальные школы, программы обучения, социальная адаптация.

PROBLEMS OF EDUCATION FOR CHILDREN WITH DISABILITIES

Ryzhikh D. A.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Yakovlev A.S.

Abstract. This article examines the challenges faced by children and educational organizations that implement both inclusive and special (corrective) education, upbringing, and development of children and adolescents with disabilities (DWD). The issues of social adaptation of children among their peers are also addressed.

Keywords: children with disabilities, inclusive education, educational programs, social adaptation.

Введение

Психиатрические заболевания у детей – это серьезная проблема, требующая комплексного подхода, включающего не только медикаментозное лечение и психотерапию, но и специальные методы обучения и социализации. Эти дети часто сталкиваются с трудностями в освоении школьной программы, социальной адаптации и развитии коммуникативных навыков.

В настоящее время образование детей с ограниченными возможностями здоровья одна из актуальных и дискуссионных проблем современного образования.



Обучение является важнейшей составляющей развития личности и общества в целом. В современном мире особое значение приобретает обеспечение доступности и качества образования для всех категорий учащихся, включая детей с особыми образовательными потребностями. В связи с этим актуальными становятся психолого-педагогические проблемы, связанные с организацией и реализацией общего, инклюзивного и коррекционного образования.

На сегодняшний день существует ряд проблем, связанных с обучением особенных детей. Общее образование сталкивается с необходимостью учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка, его психологические отличия, уровень развития и мотивацию. Это требует внедрения дифференцированного подхода, что не всегда можно реализовать из-за ограниченных ресурсов и квалифицированных педагогов.

Недостаточная подготовка учителей к работе с детьми с разными потребностями, их психологическая неготовность к работе в условиях многообразия учащихся могут снижать эффективность обучения и создавать психологический дискомфорт у детей.

Также, у многих детей имеются нарушения мотивации к обучению. Проблема межличностных отношений и социальной адаптации учащихся остаются актуальными. Особенно это касается детей с низкой самооценкой или трудностями в коммуникации.

Проблемы инклюзивного образования

Инклюзивное образование предполагает совместное обучение детей с различными образовательными потребностями в рамках одного образовательного учреждения. В дошкольном возрасте этот принцип приобретает особое значение, поскольку именно в этот период закладываются основы социальных навыков, коммуникации и мировосприятия. Преподаватели должны стремиться к созданию



максимально благоприятной и развивающей среды для всех воспитанников, принимая во внимание их индивидуальные особенности.

Суть инклюзии заключается в полном исключении дискриминации в отношении детей, обеспечивая равные права для всех, с одновременным созданием адаптированных условий для учащихся с особыми потребностями в образовании. Инклюзивное образование представляет собой непрерывный процесс совершенствования системы образования, направленный на обеспечение доступности качественного образования для каждого ребенка, с учетом его уникальных потребностей и возможностей.

Инклюзивный подход не только предоставляет детям с особыми потребностями возможность приобретать знания и навыки, но и оказывает положительное воздействие на развитие их ровесников. Общение с детьми, имеющими различные особенности, способствует формированию у других таких важных качеств, как толерантность, эмпатия и понимание. Таким образом, инклюзия способствует созданию более сплоченного и гармоничного общества.

С одной стороны, интегрированное обучение обеспечивает детям с особыми потребностями развитие в естественной социальной среде. Взаимодействуя со сверстниками, они легче адаптируются к жизни в обществе и повышают уверенность в себе. С другой стороны, участие детей с разными особенностями в общем образовательном процессе оказывает положительное влияние на их сверстников, обучая принятию различий и формируя атмосферу взаимной поддержки и понимания. Такой опыт способствует развитию толерантности, эмпатии и сочувствия, что полезно не только в детском саду, но и в дальнейшей жизни. Инклюзия способствует созданию более гармоничного общества, воспитывая поколение, способное понимать и поддерживать людей с разными возможностями. Это способствует уменьшению предрассудков и стереотипов, препятствует дискриминации и способствует интеграции всех членов социума. Кроме того,



инклюзивное образование требует от педагогов высокого профессионализма и готовности использовать индивидуальный подход к каждому ребенку, расширяя границы образовательного процесса.

Разная направленность учебной деятельности для детей с типичным развитием и детей с ОВЗ – одна из проблем инклюзивного образования. В то время как педагог, работающий с нормотипичными детьми, сосредоточен на реализации образовательных стандартов, при обучении детей с ограниченными возможностями здоровья приоритет отдается реабилитации и адаптации к образовательному процессу.

Недостаточная материально-техническая база и отсутствие специализированных программ и методов, адаптированных к потребностям детей с ОВЗ, также препятствуют полноценной реализации инклюзивного образования.

В общеобразовательных школах педагоги не обладают достаточной подготовкой для работы с особыми детьми. Недостаточно налажено взаимодействие и координация между психологами, логопедами и дефектологами в общеобразовательных учреждениях. Социальное неприятие детей, отличающихся по каким-либо признакам, также является важной проблемой. Не всегда сверстники готовы принять в свой коллектив детей с ОВЗ. Все эти факторы замедляют повсеместное внедрение инклюзивного образования.

Коррекционное обучение.

Коррекционное обучение является важной составляющей образовательного процесса для детей с особыми потребностями. Оно строится с учетом уникальных характеристик и возможностей каждого ребенка. При этом акцент делается на развитии сильных сторон, использовании специализированных методик и создании поддерживающей, безопасной среды для обучения.

В образовательный процесс детей с ОВЗ целесообразно включать следующие элементы:



Адаптация учебных планов: разработка индивидуальных образовательных траекторий, учитывающих темп усвоения материала, когнитивные особенности и специфические трудности обучающегося. Это включает упрощение задач, их декомпозицию на мелкие этапы, увеличение времени на выполнение и применение визуальных средств обучения.

Использование дифференцированного подхода: предоставление заданий разного уровня сложности, предоставление выбора формы восприятия информации (текст, аудио, видео, практические занятия).

Применение специализированных технологий: использование программного обеспечения для улучшения внимания, памяти, навыков чтения и письма, а также устройств для облегчения коммуникации (планшеты с приложениями для альтернативного общения).

Создание благоприятной среды: организация пространства и времени, четкий распорядок дня, предсказуемость событий, визуальное расписание создают комфортную обстановку в процессе обучения.

Уменьшение сенсорной нагрузки: формирование тихой атмосферы в классе, приглушенное освещение, снижение уровня шума.

Квалифицированная поддержка педагогов: углубленное обучение педагогов основам детской психологии, эффективным методам работы с детьми с ОВЗ, техникам управления поведением.

Положительная мотивация: акцент на успехах ученика, поощрение за усилия и результаты, использование системы положительного подкрепления для повышения мотивации.

Развитие коммуникативных навыков: применение коротких историй, показывающих социальные ситуации и приемлемое поведение. Организация групповых занятий, способствующих развитию навыков взаимодействия, сотрудничества, разрешения конфликтов.



Активное взаимодействие между специалистами: психиатрами, психологами, логопедами, дефектологами, педагогами и родителями. Регулярные консультации и обмен информацией.

Заключение

Дети с психиатрическими заболеваниями нуждаются в комплексной поддержке, которая охватывает как медицинские, так и образовательные аспекты. Успешное коррекционное обучение возможно только при условии тесного сотрудничества всех участников процесса: врачей, педагогов, психологов и родителей. Индивидуализированный подход, создание благоприятной и безопасной среды, а также акцент на развитии сильных сторон ребенка позволяют ему максимально раскрыть свой потенциал, преодолеть трудности и интегрироваться в общество. Важно помнить, что своевременная диагностика, адекватное лечение и грамотное коррекционное обучение могут значительно улучшить качество жизни детей с психиатрическими заболеваниями и обеспечить им возможность для полноценного развития.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Акимова М.К. Индивидуальность учащихся и индивидуальный подход // М.К. Акимова. – М.: Академия, 2022. – 226 с.
2. Лотфуллина Р. Д., Масимова Э. Э. Формирование толерантного отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья как одно из условий успешного развития потенциала личности // Молодой учёный – 2022.- №28. – с.16-19.
3. Водоватов Ф.Ф. Организация деятельности коррекционных образовательных учреждений. – М., 2022. – 126 с.
4. О.А. Подольская, И.В. Яковлева. Ранний детский аутизм: особенности и коррекция: учебное пособие. – Елец: ФГБОУ ВО «Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина», 2020 год.
5. Пузанова Б.П. Коррекционная педагогика. – М., 2020. – 186 с.



6. Студеникина О. В. Особенности организации дистанционного обучения в инклюзивном образовании // Молодой учёный – 2021.- №8.-с.42-44.

**ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,
ОБУСЛОВЛЕННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ
КАННАБИНОИДНЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ:
АНАЛИЗ СИТУАЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Рытков Е. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБУ ВО «Кемеровский государственный университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – старший преподаватель А. С. Яковлев

Аннотация. Употребление каннабиса и его синтетических аналогов представляет значительную проблему для здравоохранения Российской Федерации. Настоящий обзор систематизирует данные отечественных исследований о распространённости употребления каннабиноидов, структуре психических и поведенческих расстройств, особенностях клинических проявлений и терапевтических подходов. Особое внимание уделено проблеме синтетических каннабиноидов, получивших эпидемическое распространение в РФ в период 2010-2015 годов и продолжающих представлять угрозу общественному здоровью.

Ключевые слова: каннабис, синтетические каннабиноиды, спайсы, зависимость, психотические расстройства, когнитивные нарушения.

**MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS CAUSED BY CANNABINOID
PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE:
AN ANALYSIS OF THE SITUATION IN THE RUSSIAN FEDERATION**

Rytkov E.A.

Department of Psychiatry and Addiction Medicine

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo



Abstract. The use of cannabis and its synthetic analogues poses a significant public health problem in the Russian Federation. This review systematizes data from domestic studies on the prevalence of cannabinoid use, the structure of mental and behavioral disorders, the characteristics of clinical manifestations, and therapeutic approaches. Particular attention is paid to the problem of synthetic cannabinoids, which experienced epidemic spread in the Russian Federation between 2010 and 2015 and continue to pose a threat to public health.

Keywords: cannabis, synthetic cannabinoids, spice, addiction, psychotic disorders, cognitive impairment.

Введение

Проблема употребления психоактивных веществ каннабиноидного ряда остаётся одной из актуальных задач отечественной наркологии и психиатрии. Согласно данным Министерства здравоохранения РФ, каннабиноиды традиционно занимают второе место после опиоидов в структуре наркологических расстройств, при этом в последние полтора десятилетия проблема претерпела существенную трансформацию, связанную с появлением и массовым распространением синтетических каннабиноидов [1, 2].

По официальной статистике Минздрава России, на диспансерном наблюдении с диагнозом «синдром зависимости от каннабиноидов» состоит около 28 000 человек, однако реальное число потребителей, по оценкам экспертов, превышает официальные данные в 10-15 раз [3]. Особую тревогу вызывает распространённость употребления среди молодёжи: по данным различных эпидемиологических исследований, опыт употребления каннабиса имеют от 15% до 30% студентов высших учебных заведений [4, 5].

Специфика российской ситуации определяется несколькими факторами. Во-первых, начиная с 2008 года на нелегальном рынке появились так называемые



«дизайнерские наркотики» — синтетические каннабиноиды, продававшиеся под видом «легальных» курительных смесей («спайсов»). Во-вторых, особенностью распространения стала активная торговля через интернет-магазины и мессенджеры с использованием системы «закладок». В-третьих, производители постоянно модифицировали химическую структуру веществ для обхода законодательных запретов, что создавало серьёзные трудности для правоохранительных органов и медицинских служб [6, 7].

Период 2014-2015 годов характеризовался настоящей эпидемией употребления синтетических каннабиноидов, что привело к многократному увеличению числа острых психотических расстройств, тяжёлых соматических осложнений и летальных исходов. По данным ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского», в этот период было зарегистрировано более 700 летальных случаев, связанных с употреблением синтетических каннабиноидов [8]. Хотя пик эпидемии был пройден благодаря принятым государством мерам, проблема остаётся актуальной и по настоящее время.

2. Клинические особенности расстройств, связанных с употреблением каннабиноидов

2.1. Формирование зависимости и её проявления

Отечественные исследователи традиционно выделяют стадийность развития каннабиноидной зависимости. Иванец Н.Н. и соавторы в своих фундаментальных работах описали динамику формирования зависимости от натуральных каннабиноидов, которая занимает от нескольких месяцев до нескольких лет регулярного употребления [9]. На начальном этапе происходит адаптация организма к действию вещества, исчезают защитные реакции, формируется психическое влечение и повышается толерантность. При систематическом употреблении развивается физическая зависимость с характерным абстинентным синдромом.



Абстинентный синдром при каннабиноидной зависимости, вопреки распространённому мнению о его отсутствии, имеет отчётливые клинические проявления. Как показали исследования Егорова А.Ю., синдром отмены развивается через 4-6 часов после последнего употребления, достигает максимальной выраженности на 2-3 сутки и продолжается в среднем 7-14 дней [10]. Клиническая картина характеризуется преобладанием психопатологических расстройств над соматовегетативными: дисфория, раздражительность, депрессивные переживания, тревога, нарушения сна и обсессивное влечение к наркотику составляют ядро синдрома. Соматовегетативные проявления включают потливость, тремор, тахикардию, мышечные боли и диспептические расстройства.

Важной особенностью каннабиноидной зависимости является развитие так называемого амотивационного синдрома, детально описанного в работах Шабанова П.Д. [11]. Этот синдром развивается у 30-40% лиц, систематически употребляющих каннабис более 2-3 лет, и проявляется апатией, эмоциональным уплощением, снижением мотивации к целенаправленной деятельности, утратой прежних интересов и социальной пассивностью. Амотивационный синдром часто сочетается с когнитивными нарушениями и приводит к выраженной социальной дезадаптации.

2.2. Особенности синтетических каннабиноидов

Синтетические каннабиноиды представляют собой группу искусственно созданных соединений, действующих на те же рецепторы, что и натуральный тетрагидроканнабинол (ТГК), но отличающихся значительно более высокой активностью. Как отмечают Брюн Е.А. и соавторы, синтетические каннабиноиды являются полными агонистами СВ1-рецепторов, в отличие от частичного агониста ТГК, что обуславливает их более выраженное и непредсказуемое действие [12].

Клинические проявления интоксикации синтетическими каннабиноидами существенно отличаются от таковых при употреблении натурального каннабиса. По данным Надеждина А.В., интоксикация характеризуется быстрым развитием (через



2-5 минут), часто отсутствием эйфории, выраженными галлюцинаторными переживаниями, психомоторным возбуждением и тяжёлыми соматическими осложнениями [13]. Формирование зависимости происходит значительно быстрее — через 1-3 месяца регулярного употребления, синдром отмены протекает тяжелее и характеризуется высоким суицидальным риском.

Соматические осложнения при употреблении синтетических каннабиноидов представляют серьёзную угрозу жизни. Исследования, проведённые в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, выявили высокую частоту развития острой почечной недостаточности, рабдомиолиза, судорожных припадков и сердечно-сосудистых катастроф [14]. Летальность при тяжёлой интоксикации составляла 5-8%, что значительно превышает показатели при отравлении другими наркотическими веществами.

3. Психотические расстройства

Психотические расстройства, индуцированные каннабиноидами, представляют одну из наиболее серьёзных клинических проблем. Отечественные психиатры-наркологи выделяют несколько клинических вариантов острых психозов, среди которых наиболее часто встречаются делириозный, параноидный и онейроидный [15]. Делириозный вариант особенно характерен для интоксикации синтетическими каннабиноидами и проявляется дезориентировкой, истинными зрительными галлюцинациями устрашающего содержания, психомоторным возбуждением и выраженными вегетативными нарушениями. Параноидный вариант характеризуется острым чувственным бредом преследования, слуховыми псевдогаллюцинациями и идеями воздействия.

По данным московских психиатрических стационаров, число госпитализаций с каннабиноидными психозами в период эпидемии «спайсов» выросло в 5-7 раз [16]. Длительность острых психотических эпизодов варьирует от нескольких часов до 2-3 недель, при этом психозы, вызванные синтетическими каннабиноидами,



протекают дольше и тяжелее. Особую тревогу вызывает тот факт, что у 15-20% пациентов, перенёсших острый каннабиноидный психоз, формируется затяжное психотическое расстройство, а у 8-12% впоследствии диагностируется шизофрения [17].

Вопрос о связи употребления каннабиса с развитием эндогенных психозов активно обсуждается в российской психиатрии. Гофман А.Г. в своих работах отмечает высокую коморбидность употребления каннабиноидов и шизофрении: до 60% пациентов с шизофренией имеют опыт употребления каннабиса [18]. При этом употребление каннабиноидов ассоциировано с более ранним началом заболевания (на 2-3 года), более тяжёлым течением, большей частотой обострений и худшим социальным функционированием. Остаётся дискуссионным вопрос о причинно-следственных отношениях: является ли каннабис триггером манифестации эндогенного процесса у предрасположенных лиц или же пациенты с продромальными симптомами чаще прибегают к употреблению каннабиса для облегчения своего состояния.

4. Когнитивные нарушения и личностные изменения

Когнитивные последствия употребления каннабиноидов представляют значительный интерес для отечественных исследователей. Нейропсихологические исследования, проведённые в российских научных центрах, выявили специфический профиль когнитивных нарушений у лиц, злоупотребляющих каннабиноидами [19]. Наиболее выраженные нарушения наблюдаются в сфере кратковременной памяти, внимания и исполнительных функций. Показатели кратковременной памяти снижаются на 20-30% по сравнению с контрольной группой, отмечаются затруднения запоминания нового материала и воспроизведения информации. Нарушения внимания проявляются снижением концентрации, повышенной отвлекаемостью и замедлением скорости переработки информации.



Особый интерес представляют данные о долгосрочных когнитивных последствиях. Лонгитюдные исследования показывают, что частичное восстановление когнитивных функций наблюдается через 3-6 месяцев после прекращения употребления, однако полного восстановления может не произойти, особенно при длительном злоупотреблении в подростковом возрасте [20]. Это согласуется с международными данными о наибольшей уязвимости развивающегося мозга к нейротоксическому действию каннабиноидов.

Личностные изменения при хроническом употреблении каннабиноидов описаны в работах Менделевича В.Д. и включают психопатоподобные изменения с эмоциональной лабильностью, конфликтностью, лживостью и асоциальным поведением [9]. При длительном злоупотреблении формируется психоорганический синдром с мнестико-интеллектуальным снижением, психической ригидностью, эмоциональной монотонностью и снижением критики. Эти изменения приводят к выраженной социальной дезадаптации: прекращению учёбы или потере работы, конфликтам в семье, сужению круга общения и социальной изоляции.

5. Аффективные расстройства и суицидальное поведение

Депрессивная симптоматика различной степени выраженности наблюдается у значительной части лиц, страдающих зависимостью от каннабиноидов. Отечественные исследователи выделяют несколько вариантов депрессивных расстройств при каннабиноидной зависимости: депрессия в структуре абстинентного синдрома с дисфорическим оттенком аффекта, постабстинентная депрессия с тоскливым аффектом и ангедонией, а также коморбидная депрессия, которая может предшествовать началу употребления или развиваться независимо от него [11].

Проблема суицидального поведения при употреблении каннабиноидов приобрела особую остроту в России в период эпидемии синтетических каннабиноидов. По данным Государственного научного центра социальной и



судебной психиатрии им. В.П. Сербского, суицидальные мысли отмечаются у 30-40% лиц с зависимостью от каннабиноидов, а суицидальные попытки совершают 10-15% пациентов [8]. В состоянии острого психоза риск суицида возрастает многократно. Характерной особенностью является импульсивность суицидальных действий, часто совершаемых под влиянием императивных галлюцинаций или в состоянии выраженной дисфории. Большинство летальных исходов при употреблении синтетических каннабиноидов в период эпидемии 2014-2015 годов были связаны именно с суицидами и несчастными случаями на фоне острых психотических расстройств.

6. Терапевтические подходы

Лечение расстройств, связанных с употреблением каннабиноидов, в Российской Федерации регламентируется клиническими рекомендациями Минздрава и осуществляется в системе наркологической помощи. Терапевтическая тактика определяется характером и тяжестью расстройства. При острой интоксикации, особенно синтетическими каннабиноидами, необходима госпитализация в токсикологическое или психиатрическое отделение с проведением дезинтоксикационной терапии и симптоматического лечения [15].

Купирование острых психотических состояний осуществляется с использованием антипсихотических препаратов второго поколения (рисперидон, оланзапин, кветиапин) в сочетании с бензодиазепинами для купирования ажитации и тревоги. Большинство острых психотических эпизодов разрешается в течение нескольких дней, однако при развитии затяжного психоза требуется длительная антипсихотическая терапия в сочетании с обязательной абстиненцией от каннабиноидов.

Лечение синдрома зависимости представляет более сложную задачу. Специфической фармакотерапии каннабиноидной зависимости в настоящее время не существует, поэтому основой лечения являются психосоциальные интервенции.



Отечественные наркологи используют различные подходы психотерапии, включая когнитивно-поведенческую терапию, мотивационное интервьюирование и семейную терапию [18]. Важным компонентом лечения является реабилитация, направленная на восстановление социального функционирования и предотвращение рецидивов.

При лечении коморбидных аффективных расстройств применяются антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), однако их использование должно осуществляться с осторожностью и только после достижения стабильной абстиненции. Лечение когнитивных нарушений включает нейрометаболическую терапию и когнитивный тренинг, хотя доказательная база эффективности этих методов остаётся ограниченной.

7. Профилактика и организационные аспекты

Профилактика употребления каннабиноидов в Российской Федерации осуществляется на нескольких уровнях. Первичная профилактика включает образовательные программы в школах и вузах, информационные кампании в средствах массовой информации и работу с семьями. Однако, как показывает отечественный опыт, простое информирование о вреде наркотиков малоэффективно; более результативными оказываются программы, направленные на развитие жизненных навыков, критического мышления и устойчивости к социальному давлению [5].

Вторичная профилактика предполагает раннее выявление лиц, употребляющих каннабиноиды, и своевременное вмешательство. В этом контексте важную роль играет скрининг в первичном звене здравоохранения, образовательных учреждениях и при медицинских осмотрах. Химико-токсикологическое исследование биологических сред является обязательным компонентом диагностики наркологических расстройств в России и проводится с использованием



иммунохроматографического анализа, иммуноферментного анализа и газовой хроматографии-масс-спектрометрии в качестве подтверждающего метода.

Опыт борьбы с эпидемией синтетических каннабиноидов показал необходимость комплексного подхода, включающего законодательные меры, правоохранительную деятельность, медицинское обеспечение и информационную работу. Введение групповых запретов на целые классы химических соединений, усиление контроля за интернет-торговлей, создание специализированных токсикологических центров и информирование населения о реальной опасности «дизайнерских наркотиков» позволило переломить ситуацию и снизить масштабы проблемы [2].

Заключение

Психические и поведенческие расстройства, обусловленные употреблением каннабиноидных психоактивных веществ, представляют значительную проблему для системы здравоохранения Российской Федерации. Особенностью российской ситуации является широкое распространение синтетических каннабиноидов, характеризующихся более высокой токсичностью, быстрым формированием зависимости и тяжёлыми психическими и соматическими осложнениями по сравнению с натуральным каннабисом.

Клинический спектр каннабиноид-ассоциированных расстройств включает синдром зависимости с характерным абстинентным синдромом и амотивационным синдромом, острые и затяжные психотические расстройства, когнитивные нарушения, аффективные расстройства и личностные изменения. Особую тревогу вызывает высокий риск суицидального поведения, особенно при употреблении синтетических каннабиноидов.

Терапевтические подходы основываются на сочетании фармакологических методов (при острых состояниях) и психосоциальных интервенций (при лечении зависимости). Отсутствие специфической фармакотерапии каннабиноидной



зависимости определяет ведущую роль психотерапии и реабилитации. Профилактика требует комплексного подхода с участием медицинских служб, образовательных учреждений, правоохранительных органов и общественных организаций.

Опыт борьбы с эпидемией синтетических каннабиноидов показал эффективность комплексных мер, включающих законодательное регулирование, медицинское обеспечение и информирование населения. Дальнейшее изучение проблемы требует проведения долгосрочных эпидемиологических и клинических исследований, разработки новых терапевтических подходов и совершенствования профилактических программ. Особое внимание должно уделяться защите молодёжи как наиболее уязвимой группы населения.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Кошкина, Е. А. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2018-2019 годах / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова, В. М. Гуртовенко. — Москва : ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2020. — 176 с.
2. Брюн, Е. А. Наркологическая ситуация в России: современное состояние и прогноз / Е. А. Брюн, Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова // Вопросы наркологии. — 2019. — № 3. — С. 5-19.
3. Клименко, Т. В. Особенности употребления психоактивных веществ студентами высших учебных заведений / Т. В. Клименко, А. А. Козлов, А. В. Сахаров // Наркология. — 2018. — Т. 17, № 4. — С. 45-52.
4. Егоров, А. Ю. Возрастная наркология / А. Ю. Егоров, Л. К. Шайдукова. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2018. — 272 с.
5. Богданов, С. И. Распространённость употребления психоактивных веществ среди студенческой молодёжи / С. И. Богданов, О. С. Змышляева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2017. — № 2. — С. 27-31.



6. Надеждин, А. В. Синтетические каннабиноиды: проблемы и перспективы / А. В. Надеждин // Вопросы наркологии. - 2015. - № 2. - С. 99-116.
7. Спасённый, Б. А. Дизайнерские наркотики: актуальность проблемы и медицинские последствия употребления / Б. А. Спасённый, Н. Г. Незнанов, К. Г. Гуревич // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. - 2016. - № 1. - С. 4-14.
8. Клевно, В. А. Острые отравления синтетическими каннабиноидами: клинические наблюдения и судебно-медицинские аспекты / В. А. Клевно, С. В. Козлов, А. С. Кононов // Судебная медицина. — 2015. — Т. 1, № 2. — С. 24-28.
9. Иванец, Н. Н. Психиатрия и наркология : учебник / Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 896 с.
10. Егоров, А. Ю. Нехимические зависимости / А. Ю. Егоров. — Санкт-Петербург : Речь, 2017. — 190 с.
11. Шабанов, П. Д. Наркология : руководство для врачей / П. Д. Шабанов. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 832 с.
12. Брюн, Е. А. Синтетические наркотики: от истории к современности / Е. А. Брюн, О. Ж. Бузик, П. И. Сидоров // Российский психиатрический журнал. — 2014. — № 6. — С. 4-11.
13. Надеждин, А. В. Клинические эффекты потребления синтетических каннабиноидов / А. В. Надеждин, Е. Ю. Тетенова, С. Л. Кравченко // Наркология. — 2014. — Т. 13, № 7. — С. 87-96.
14. Мусаев, С. А. Острые отравления синтетическими каннабиноидами: клиника и лечение / С. А. Мусаев, Г. А. Ливанов, Е. А. Батурова // Анестезиология и реаниматология. — 2015. — Т. 60, № 5. — С. 63-67.
15. Говорин, Н. В. Наркология : национальное руководство / Н. В. Говорин, Н. А. Бохан. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 944 с.



16. Рохлина, М. Л. Каннабиноидные психозы: клиника и динамика / М. Л. Рохлина, Н. Н. Усманова, С. О. Мохначев // Психиатрия. — 2015. — № 4. — С. 17-24.
17. Гофман, А. Г. Наркология / А. Г. Гофман, П. А. Понизовский. — Москва : МЕДпресс-информ, 2017. — 375 с.
18. Гофман, А. Г. Клиническая наркология / А. Г. Гофман. — Москва : Миклош, 2015. — 215 с.
19. Пашковский, В. Э. Нейропсихологические нарушения при зависимости от каннабиноидов / В. Э. Пашковский, А. Г. Софронов, И. С. Доброзон // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2016. — № 3. — С. 42-48.
20. Семке, А. В. Аддиктология: теоретические и экспериментальные исследования формирования зависимости / А. В. Семке, Н. А. Бохан, А. И. Мандель. — Томск : Изд-во Том. ун-та, 2016. — 452 с.

СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ: КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ

Салахиев В. Е.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – старший преподаватель А. С. Яковлев

Аннотация. В статье рассматриваются современные особенности социальной тревожности у лиц юношеского возраста в условиях современной цифровой трансформации. На основании анализа трудов Снежневского А.В. и других отечественных психиатров рассматривается динамика социальной фобии в контексте теорий аутохтонного развития. Особое внимание уделено



патопластическому влиянию феномена социального сравнения с «идеализированными цифровыми образами». Трудностям диагностики, изменению клинического профиля, последствиям и роли психотерапии как основного метода коррекции. Показано, что цифровизация усиливает проявления социальной тревожности, модифицируя традиционные формы страха оценки и социального взаимодействия.

Ключевые слова: социальная фобия, юношеский возраст, цифровизация, аутохтонное развитие, патопластическое влияние, когнитивно-поведенческая терапия, психофармакотерапия, экспозиционная терапия.

SOCIAL ANXIETY IN ADOLESCENCE: CLINICAL AND DYNAMIC FEATURES IN THE CONTEXT OF DIGITALIZATION

Salakhiev V. E.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Yakovlev A. S.

Abstract. The article examines the contemporary features of social anxiety in adolescents within the context of modern digital transformation. Based on the analysis of works by A.V. Snezhnevsky and other Russian psychiatrists, the dynamics of social phobia are considered through the lens of theories of autochthonous development. Particular attention is paid to the pathoplastic influence of the phenomenon of social comparison with «idealized digital images,» as well as to diagnostic challenges, changes in clinical profile, consequences, and the role of psychotherapy as the primary method of correction. It is shown that digitalization exacerbates the manifestations of social anxiety by modifying traditional forms of fear of evaluation and social interaction.

Keywords: social phobia, adolescence, digitalization, autochthonous development, pathoplastic influence, cognitive-behavioral therapy, psychopharmacotherapy, exposure therapy.



Введение

Как отмечал Снежневский А.В. в своих работах по общей психопатологии, аутохтонное развитие психопатологической симптоматики всегда испытывает на себе влияние социально-культурного контекста эпохи. В современных условиях таким мощным патопластическим фактором выступает тотальная цифровизация общественной жизни

Современная цифровая эпоха сопровождается глубокой трансформацией межличностных коммуникаций. Социальные сети, мессенджеры и онлайн-платформы создают иллюзию постоянного общения, но при этом изменяют характер восприятия себя и других. Всё больше исследований указывает на связь между интенсивностью цифрового взаимодействия и уровнем социальной тревожности, особенно среди молодежи. Социальная фобия «нового типа» характеризуется специфическими клиническими особенностями, требующими пересмотра традиционных диагностических и терапевтических подходов. Цель настоящей работы — проанализировать влияние цифровых коммуникаций на развитие и проявления социальной фобии.

Клинико-динамические особенности социальной фобии в цифровом контексте

Социальная фобия (F40.1 по МКБ-11) традиционно определяется как стойкий страх ситуаций, в которых человек может подвергнуться оценке со стороны других. Однако в цифровом пространстве структура страха существенно меняется: взаимодействие становится более фрагментированным, оценка — непрерывной, а тревога — диффузной. Социальная фобия в юношеском возрасте характеризуется этапностью формирования симптоматики. На начальных этапах преобладают сенситивные идеи отношения, которые в цифровую эпоху приобретают специфическое содержание - страх негативной оценки в социальных сетях, тревога



по поводу количества «лайков» и комментариев. Появляются специфические формы — страх видеосвязи, отказ от публикации личных материалов, избегание активных онлайн-дискуссий. Цифровая среда тем самым не только отражает, но и усиливает социально-фобические тенденции.

Как справедливо отмечал Смулевич А.Б. в работе «Расстройства личности», социальная фобия часто формируется на конституциональной почве, преимущественно у личностей психастенического и сенситивного круга. В современных условиях эти преморбидные особенности значительно видоизменяются под влиянием цифровой среды, что проявляется в формировании «гибридного» типа личности с внешней социальной активностью в онлайн-пространстве при полной несостоятельности в реальных коммуникативных ситуациях

Патопластическое влияние цифровой среды:

Цифровое пространство оказывает патопластическое воздействие на течение социальной фобии, способствуя закреплению избегающего поведения. Постоянное присутствие в социальных сетях формирует зависимость от внешней оценки, усиливает перфекционизм и сравнение себя с другими.

Цифровое пространство выступает мощным патопластическим фактором, трансформируя классические проявления социальной фобии:

1. Феномен «идеализированного цифрового образа» - постоянное сравнение себя с искусственно созданными, кураторскими образами в социальных сетях приводит к формированию «синдрома негативного самовосприятия». Ежедневное потребление идеализированного контента способствует развитию дисморфофобических переживаний и закреплению низкой самооценки.

2. Инверсия иерархии социальных страхов - страх цифровой оценки (комментарии, реакции в социальных сетях) начинает преобладать над страхом непосредственного межличностного общения. Это приводит к формированию



«парадоксальной тревожности» - относительно успешному функционированию в реальных социальных ситуациях при невозможности адекватно существовать в цифровом пространстве.

3. Феномен «двойной реальности» - формирование двух параллельных систем социального функционирования: относительно успешной в онлайн-среде и дезадаптированной в офлайн-пространстве по типу описанного Цуладзе Е.П. «феномена социальной псевдокомпенсации».

Проблемы диагностики, последствия и прогноз при современной социальной фобии:

Низкая выявляемость и диагностические ошибки

Согласно данным Александровского Ю.А. по пограничной психиатрии, социальная фобия традиционно относится к расстройствам с длительным латентным периодом, часто оставаясь нераспознанной в течение 7–10 лет с момента дебюта. В современной цифровой эпохе данная проблема приобретает новые особенности:

- Феномен «камуфлированной цифровой компенсации» (использование онлайн-активности для маскировки социальной изоляции): молодые люди активно применяют цифровую среду для создания видимости социальной успешности, что затрудняет объективную оценку их реального социального функционирования. Активное ведение блога или наличие сотен «друзей» в социальных сетях может маскировать тотальную неспособность к реальному общению.

- Ошибочная диагностика как интернет-зависимости. Как отмечает Менделевич В.Д., поведение, направленное на постоянное пребывание в сети, нередко трактуется как проявление первичной аддикции, тогда как в ряде случаев оно выступает вторичным компенсаторным механизмом избегания при социальной фобии.

- Культуральная тривиализация проблемы. Симптомы расстройства часто интерпретируются как застенчивость, возрастные особенности или зависимость от



гаджетов, что приводит к упущению оптимального времени для раннего вмешательства.

Сравнительный анализ: социальная фобия десять лет назад и сегодня

За последнее десятилетие клинический профиль расстройства претерпел существенные изменения:

- Ранее (10 лет назад): страхи преимущественно относились к конкретным офлайн-ситуациям — публичным выступлениям, ответам у доски, межличностным контактам. Избегающее поведение имело явные внешние проявления, выражавшиеся в социальной изоляции.

- В настоящее: тревога носит диффузный и генерализованный характер, связанный с постоянной возможностью цифровой оценки. Страх не ограничен временем и местом — он поддерживается непрерывным онлайн-присутствием. Избегание приобретает смешанный характер: внешне сохраняя, а иногда и чрезмерно активная цифровая жизнь сочетается с выраженными трудностями офлайн-взаимодействия.

Влияние на личность и социальное функционирование

При отсутствии своевременной помощи социальная фобия, модифицированная цифровой средой, приводит к ряду неблагоприятных последствий:

1. Образовательные и профессиональные: формирование «синдрома упущенных возможностей» — отказ от карьерного роста и видов деятельности, связанных с межличностным взаимодействием.

2. Личностные: по концепции Смулевича А.Б. о личностном развитии формируется инфантильно-зависимый тип личности с выраженным избеганием и пассивностью [3]. Отмечается тенденция к алекситимии — затруднению в распознавании и выражении собственных эмоций.



3. Социальные: сужение круга реальных контактов до виртуального пространства, трудности в создании семьи, социальное одиночество.

4. Коморбидные расстройства: повышенный риск развития депрессивных эпизодов, панического расстройства и злоупотребления психоактивными веществами как формы самолечения, что отмечается в руководствах Титова А.С.

Психотерапевтические подходы

Экспозиционная терапия представляет собой ключевой метод поведенческой коррекции, подробно описанный в работах отечественных и зарубежных исследователей. Методика включает следующие этапы:

1. Создание иерархии тревожных ситуаций - совместно с пациентом разрабатывается список социальных ситуаций, ранжированных по степени вызываемой тревоги (от 2-3 до 8-10 баллов).

2. Систематическая десенсибилизация - последовательное погружение в тревожные ситуации, начиная с наименее стрессогенных. Например:

- Первый этап: телефонный звонок незнакомцу для справки
- Второй этап: кратковременное посещение магазина в малопопулярное время
- Третий этап: обращение с вопросом к продавцу-консультанту
- Четвертый этап: участие в небольшой групповой дискуссии

3. Техника «наводнения» - продолжительное погружение в наиболее значимые тревожные ситуации до значительного снижения уровня тревоги (принцип привыкания).

4. Когнитивное реструктурирование - выявление и коррекция автоматических негативных мыслей, возникающих во время экспозиционных упражнений.

Когнитивно-поведенческая терапия включает работу с когнитивными искажениями, связанными с феноменом социального сравнения. Особое внимание уделяется:



1. Деконструкцию идеализированных репрезентаций, где пациент обучается анализировать цифровой контент как продукт целенаправленного редактирования, а не отражение объективной реальности;

2. Формирование медиаграмотности, понимания, что бизнес-модель социальных сетей эксплуатирует психологические уязвимости для поддержания вовлеченности;

3. Реориентацию системы самооценивания – перенос акцента с внешних валидаций (цифровые метрики) на внутренне детерминированные критерии (личностный рост, реальные социальные компетенции). Такой подход позволяет нивелировать дезадаптивное влияние цифровой среды на самооценку и социальную тревогу.

Заключение

Цифровая среда существенно изменила характер проявлений социальной тревожности. Возникают новые формы избегания и искажения самовосприятия, усложняющие диагностику и терапию. Эффективная помощь при современной социальной фобии требует междисциплинарного подхода с опорой на психотерапию, профилактику цифровой зависимости и развитие коммуникативных навыков.

1. Социальная фобия в юношеском возрасте претерпевает значительную трансформацию под влиянием цифровой среды, что требует пересмотра традиционных диагностических критериев.

2. Феномен постоянного сравнения себя с «идеализированными цифровыми образами» выступает значимым патопластическим фактором, усугубляющим течение расстройства.

3. Низкая выявляемость расстройства связана с феноменом «цифровой псевдокомпенсации» и недостаточной осведомленностью врачей об изменяющейся клинической картине.



4. Экспозиционная терапия в сочетании с когнитивно-поведенческими методиками демонстрирует высокую эффективность в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий при социальной фобии.

5. Необходимо внедрение образовательных программ для врачей и психологов по диагностике и терапии социальной фобии в новых социальных условиях, а также развитие превентивных психопрофилактических мероприятий в образовательной среде.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Войтенко Р.М., Сагалакова О.А. Социальное тревожное расстройство в юношеском возрасте: клинические особенности и психотерапевтические мишени в условиях цифровизации // Социальная и клиническая психиатрия. – 2022. – Т. 32, № 4. – С. 45-52.

2. Захарова Н.С., Исурин А.В. Феномен социального сравнения в социальных сетях как фактор риска развития тревожно-депрессивных расстройств у студентов // Психическое здоровье. – 2023. – Т. 21, № 1. – С. 23-31.

3. Carrotte, E. R., et al. “I think people are becoming more shallow”: A qualitative exploration of social anxiety using social media in young adults // Computers in Human Behavior. – 2023. – Vol. 147.

4. Huang, C. A meta-analysis of the problematic social media use and mental health // International Journal of Social Psychiatry. – 2022. – Vol. 68(1). – P. 12-33.

5. Sahranç, D., et al. Social media addiction, cyberbullying, and social anxiety in adolescents: A moderated mediation model // Current Psychology. – 2024. – P. 1-13.

6. Lepri, B., et al. The digital footprint of social anxiety: A computational analysis of behavior in online social interactions // Journal of Anxiety Disorders. – 2023. – Vol. 98

7. Yoon, S., et al. The effect of online social evaluation on adolescent social anxiety: A longitudinal study // Computers in Human Behavior. – 2024. – Vol. 151.



**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМПАТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ
ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Семенова А. К., Кадыралиев М. М.

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 исследовании проведен сравнительный анализ уровня эмпатии у 50 студентов Кемеровского государственного медицинского университета (КемГМУ) разных специальностей (сестринское дело, лечебное дело, педиатрия). Исследование проводилось с помощью «Методики диагностики уровня эмпатических способностей» В. В. Бойко. При анализе результатов были обнаружены существенные различия в уровне эмпатических способностей среди студентов в зависимости от их направления подготовки. Наиболее высокие показатели эмоциональной эмпатии были зафиксированы у студентов педиатрического факультета и факультета сестринского дела. На основе этих данных разработаны практические рекомендации по интеграции развития эмпатии в учебный процесс.

Ключевые слова: эмпатия, милосердие, сестринское дело, сравнительный анализ, профессиональные качества.

**RESEARCH ON EMPATHIC ABILITIES IN MEDICAL
UNIVERSITY STUDENTS**

Semenova A.K., Kadyraliev M.M.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor –Valiullina E. V.



Abstract. The study conducted a comparative analysis of empathy levels among 50 students from Kemerovo State Medical University (KSMU) across different specialties (nursing, general medicine, pediatrics). The research was carried out using the Boyko method. Significant differences were found in the empathic abilities of students depending on their field of study. The highest emotional empathy scores were recorded among students in the pediatric and nursing faculties. Based on these findings, practical recommendations were developed for integrating empathy development into the educational process at the Department of Nursing.

Keywords: empathy, compassion, nursing, comparative analysis, professional qualities.

Введение

Современная стратегия развития здравоохранения Российской Федерации, ориентированная на повышение доступности и качества медицинской помощи, предъявляет повышенные требования к подготовке медицинских кадров. В этих условиях возрастает роль и ответственность специалистов со средним и высшим медицинским образованием, от профессиональной компетентности и личностных качеств которых напрямую зависит эффективность работы системы здравоохранения.

Особую значимость в профессиональной деятельности медицинского работника приобретает его способность к эмпатии – осознанному сопереживанию эмоциональному состоянию пациента [5, 6, 9]. Данное качество является не только этическим фундаментом профессии, но и важным компонентом терапевтического взаимодействия, способствующим установлению доверия, снижению уровня конфликтности и, как следствие, повышению качества оказываемой медицинской помощи. В связи с этим, актуальной задачей является изучение формирования и развития эмпатических способностей у студентов медицинских вузов на этапе их



профессионального становления. Исследование данной проблемы в условиях Кемеровского государственного медицинского университета (КемГМУ) представляет значительный научный и практический интерес для оптимизации образовательного процесса и подготовки врачей, отвечающих современным требованиям.

Актуальность исследования обусловлена необходимостью изучения эмпатии как ключевого профессионального качества у будущих медицинских работников разных специальностей. Сравнительный анализ студентов факультета СПО Сестринское дело с обучающимися других направлений позволяет выявить специфику развития эмпатических способностей в зависимости от профиля подготовки.

Цель исследования: провести сравнительный анализ уровня эмпатии у студентов разных факультетов КемГМУ.

Объект исследования: профессионально-личностные качества студентов-медиков.

Предмет исследования: уровень эмпатии у студентов КемГМУ.

Методы исследования: теоретический анализ, тестирование, сравнительный анализ, статистическая обработка. Для диагностики уровня и структуры эмпатии использовалась методика В. В. Бойко. Данная методика направлена на оценку способности к сопереживанию и пониманию эмоционального состояния другого человека. Она позволяет диагностировать общий уровень эмпатии (высокий, средний, ниже среднего) и оценить выраженность трех основных каналов эмпатии: рационального (основанного на направленности внимания и анализа), эмоционального (способности к эмоциональному отклику и соучастию) и интуитивного (способности прогнозировать реакции партнера на основе невербальных сигналов и опыта). Интерпретация результатов проводилась на основе ключа, предоставленного автором методики.



База исследования: Кемеровский государственный медицинский университет. Выборка из 50 студентов: факультет СПО Сестринское дело: 25 человек, лечебный факультет: 15 человек, педиатрический факультет: 10 человек.

Гипотезы исследования:

1. Уровень эмпатии значительно различается у студентов разных факультетов (СПО Сестринское дело, лечебное дело, педиатрия).
2. Студенты педиатрического и СПО Сестринское дело демонстрируют более высокие показатели эмоциональной эмпатии по сравнению со студентами лечебного факультета.
3. Наблюдается положительная динамика уровня эмпатии у студентов факультета СПО Сестринское дело от младших к старшим курсам.

Эмпатия определяется как особый способ понимания другого человека. Имеется в виду не рациональное осмысление проблем другого человека, а скорее, стремление эмоционально откликнуться на его проблему. Эмоциональная природа эмпатии проявляется в том, что ситуация другого человека, не столько «продумывается», сколько «прочувствуется» [6].

Ключевые аспекты эмпатии. Основу эмпатии составляет эмоциональная отзывчивость, которая дополняется общей сенситивностью (чувствительностью), интуицией, вниманием и наблюдательностью [1]. В медицине эмпатия является основой сострадания и милосердия в сочетании с моральными качествами, такими как человеколюбие и благожелательность [7, 11].

Для медицинских работников важен средний или высокий уровень эмпатии, однако чрезмерная эмпатия, особенно у людей с меланхолическим темпераментом, может привести к эмоциональному выгоранию. Для поддержания баланса между сопереживанием и профессиональной эффективностью необходимы волевые качества: самоконтроль, решительность и уверенность [2, 5, 10]. В общении с пациентами эмпатия выражается через активное слушание, которое предполагает



отсутствие перебиваний, использование пауз и невербальных сигналов поддержки, а также через подбадривание пациента и поощрение его к продолжению рассказа. Уровень эмпатии становится для пациента ключевым критерием выбора врача, поскольку оценить профессиональную грамотность значительно сложнее. Эмпатия является частью более широкого понятия -эмоциональной отзывчивости, которая проявляется в быстрой и гибкой реакции на внешние воздействия. В отличие от эмоциональной лабильности, характеризующейся частыми перепадами настроения, или монотонности, проявляющейся в однобокости реакций, эмпатия целенаправленно ориентирована на понимание другого человека.

Современные исследователи, такие как О.С. Эпштейн, подчеркивают, что эмпатия в медицине должна быть не спонтанным чувством, а осознанной профессиональной компетенцией -«умной эмпатией», которая балансирует между глубоким пониманием состояния пациента и сохранением необходимой профессиональной дистанции для принятия объективных клинических решений [5, 6]. Значение эмпатии заключается в том, что она служит основой клиентоориентированности, позволяя понимать переживания пациентов, что критически важно для установления доверия и построения эффективного взаимодействия [8, 9]. Эмоциональная отзывчивость, включающая в себя сенситивность, интуицию и наблюдательность, помогает врачу или медицинскому работнику адекватно реагировать на потребности пациента [7, 11]. Сочетание эмпатии с человеколюбием и благожелательностью формирует основу сострадания, но для предотвращения эмоционального выгорания требует развитого самоконтроля. Среди рисков и сложностей выделяется, в первую очередь, эмоциональное выгорание.

У медицинского персонала с высоким уровнем эмпатии велик риск чрезмерного погружения в страдания пациента, что ведет к психоэмоциональному истощению [2, 10]. Особенно уязвимы в этом отношении люди с меланхолическим



темпераментом и слабым типом нервной системы, поскольку медицинская среда содержит множество стрессогенных факторов [7, 11]. Следствием выгорания может стать дегуманизация общения, когда взаимодействие с пациентами и коллегами становится шаблонным и теряет свою человеческую составляющую. Для сохранения баланса необходимо целенаправленное развитие волевых качеств.

Самоконтроль и самосознание помогают трансформировать пассивное сопереживание в активные и продуктивные действия, а такие качества, как спокойствие, решительность и уверенность в принятии решений, снижают риск эмоционального истощения. Важную роль играют и профессиональные навыки: обучение психологии, конфликтологии и стрессоустойчивости позволяет работать с эмоциями пациента, минимизируя личное вовлечение. Ключевыми являются клиентоориентированные компетенции, такие как умение устанавливать контакт, выявлять потребности и грамотно завершать взаимодействие без эмоционального перегруза. Поддержка коллектива, основанная на взаимном уважении, доверии и тактичности, также снижает профессиональное напряжение. Коллегиальная поддержка особенно важна для преодоления сложных эмоциональных ситуаций, например, при работе с чувством вины. Практические рекомендации для медицинского персонала включают развитие эмоциональной устойчивости, например, через тренинги по управлению стрессом, и использование техник рефрейминга, позволяющих переводить личные переживания в плоскость профессиональных действий. Для организаций здравоохранения целесообразно внедрять программы психологической поддержки, аналогичные тем, что используются в фармацевтических компаниях, где обучают не только клиентоориентированности, но и стрессоустойчивости [9, 10], а также создавать безопасное пространство для обсуждения сложных клинических случаев, что особенно актуально в таких сферах, как паллиативная помощь [5, 11]. Таким образом, **эмпатия** – это ключевое качество для эффективной медицинской помощи,



но её проявление должно быть сбалансированным с профессиональной устойчивостью.

Результаты исследования

Для достижения поставленной цели и проверки гипотезы на базе Кемеровского государственного медицинского университета было организовано и проведено эмпирическое исследование. В соответствии с предметом исследования (уровень эмпатии) и выбранными методами [12], для диагностики были использованы специализированные опросники. Выборка респондентов составила 50 человек и была сформирована целенаправленно для обеспечения репрезентативности сравнительного анализа между студентами разных направлений подготовки: 25 чел. факультет СПО Сестринское дело, 15 чел. – лечебного факультета и 10 чел. – педиатрического факультета.

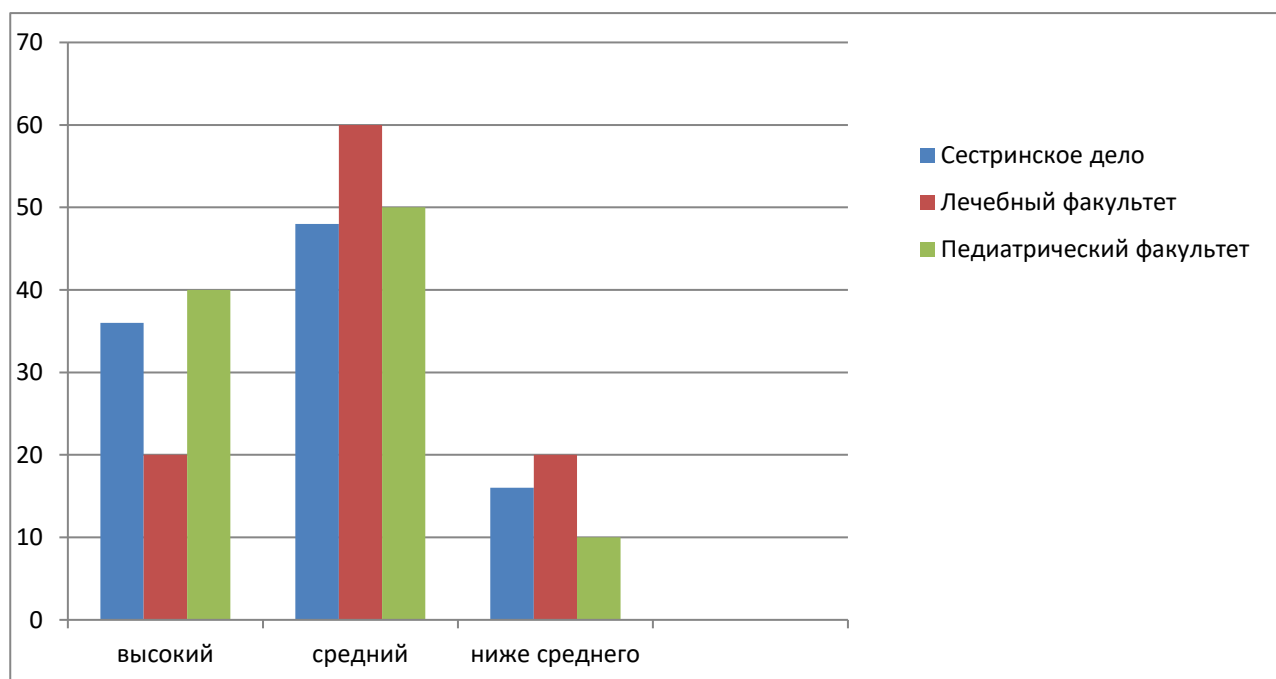


Рис. 1. Показатель эмпатии по методике В. В. Бойко



Таким образом, из представленных данных (Рис. 1) видно, что Студенты факультета СПО Сестринское дело демонстрируют более высокие показатели эмоциональной эмпатии по сравнению с лечебным факультетом. Педиатрический факультет показывает наивысшие результаты по эмоциональному каналу эмпатии (Табл. 1) что, вероятно, связано со спецификой будущей работы с детьми.

Таблица 1. Оценка основных каналов эмпатии у студентов

Канал эмпатии	Сестринское дело	Лечебный факультет	Педиатрический факультет
Эмоциональный	4,8	3,9	5,2
Рациональный	4,5	4,7	4,3
Интуитивный	4,2	3,8	4,6

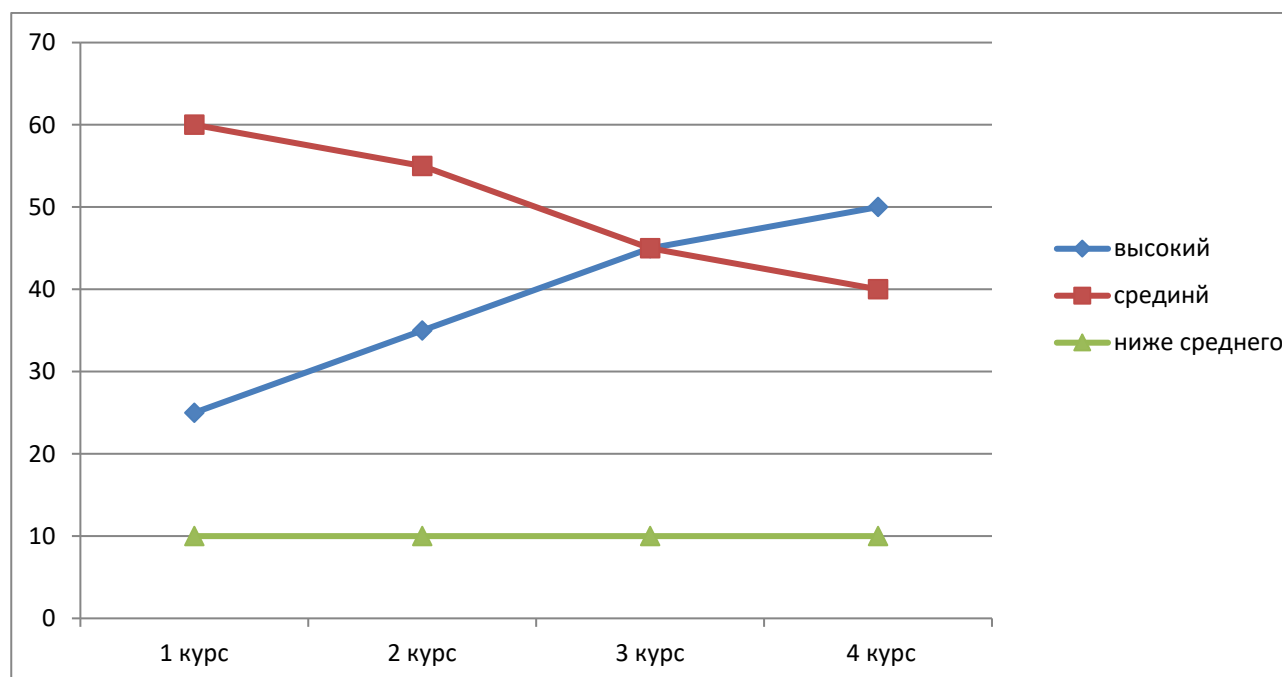


Рис. 2. Динамика уровня эмпатии по курсам обучения (факультет СПО Сестринское дело)



Наблюдается положительная динамика развития эмпатии у студентов сестринского дела от младших к старшим курсам (Рис. 2): доля студентов с высоким уровнем эмпатии последовательно возрастает (с 25% на 1 курсе до 50% на 4 курсе). Для лечебного факультета характерна тенденция к доминированию рационального канала эмпатии, что может отражать формирование клинического, объективного подхода к пациенту.

Наименьший процент студентов с низким уровнем эмпатии выявлен на педиатрическом факультете (10%), тогда как на лечебном и сестринском направлениях этот показатель вдвое выше (20% и 16% соответственно) (см. Рис. 1). Интуитивный канал эмпатии наиболее развит у будущих педиатров, что может быть связано с необходимостью понимания невербальных сигналов и потребностей детей. К 4 курсу на кафедре сестринского дела исчезает категория «средний уровень», замещаясь «высоким», что свидетельствует об эффективности образовательной программы и практики в формировании данного профессионального качества.

Заключение

Сравнительный анализ данных, полученных в ходе диагностики 50 студентов различных специальностей (СПО Сестринское дело, лечебное дело, педиатрия), выявил существенные различия в уровне развития эмпатии. Наибольшие показатели эмоциональной эмпатии зафиксированы у студентов педиатрического факультета (5,2 балла) и СПО Сестринского дела (4,8 балла), что свидетельствует о выраженной эмоциональной отзывчивости будущих специалистов этих профилей. Положительная динамика развития эмпатии от младших к старшим курсам на кафедре сестринского дела (рост с 25% до 50% по высокому уровню) подтверждает возможность целенаправленного формирования данного качества в образовательном процессе (см. Рис. 2).



Результаты исследования подчеркивают, что наряду с соблюдением норм морали и высоким профессионализмом, медицинский работник должен обладать особыми личностными качествами: состраданием, терпением, сдержанностью, добросовестностью [3, 6, 11]. Особое значение это приобретает в контексте основных задач профессиональной деятельности медицинской сестры: комплексного ухода за пациентами, облегчения страданий, восстановления здоровья и содействия его укреплению [5, 9, 10].

Возможные перспективы дальнейших исследований проведение лонгитюдного исследования для отслеживания динамики эмпатии у одних и тех же студентов на протяжении всего периода обучения. Изучение связи уровня эмпатии с академической успеваемостью и успешностью прохождения клинической практики. Исследование эффективности специальных тренингов и образовательных модулей, направленных на развитие эмпатии и эмоциональной устойчивости у студентов-медиков.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В. В. Бойко. - Москва : Филинъ, 1996. - 472 с.
2. Бойко, В. В. Психоэнергетика / В. В. Бойко. - Санкт-Петербург : Питер, 2008. - 416 с.
3. Валиуллина, Е. В. Эмпатические способности и самооценка личности в молодом возрасте / Е. В. Валиуллина // Научный вестник Крыма. - 2019. - № 5 (23). - С. 12.
4. Ильин, Е. П. Эмоции и чувства / Е. П. Ильин. - 2-е изд. - Санкт-Петербург : Питер, 2017. - 783 с.
5. Кузьмина, Ю. В. Развитие эмпатии у студентов-медиков в процессе профессиональной подготовки / Ю. В. Кузьмина // Высшее образование в России. - 2020. - № 29 (2). - С. 156–164.



6. Новикова, Е. В. Эмпатия как профессионально важное качество медицинского работника / Е. В. Новикова, А. С. Петров // Медицинская психология в России. - 2021. - Т. 13, № 2. - С. 45–52.
7. Роджерс, К. Эмпатия / К. Роджерс // Психология мотивации и эмоций / сост. Ю. Б. Гиппенрейтер, М. В. Фаликман. - Москва : ЧеРо : Омега-Л, 2006. - С. 428-430.
8. Социальная психология : учебник для высших учебных заведений / Г. М. Андреева [и др.] ; под ред. Г. М. Андреевой. - Москва : Аспект Пресс, 2002. - 140 с.
9. Эпштейн, О. С. Коммуникативная компетентность врача: от теории к практике / О. С. Эпштейн, И. В. Петрова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 208 с.
10. Эпштейн, О. С. Психологические основы взаимодействия врача и пациента : учебное пособие / О. С. Эпштейн. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2019. - 175 с.
11. Hojat, M. Empathy in Health Professions Education and Patient Care / M. Hojat. - Springer, 2016. - 450 p.
12. Методика диагностики уровня эмпатических способностей В. В. Бойко [Электронный ресурс]. - URL: (<https://ryb79dom.edu.yar.ru.pdf>) (дата обращения: 29.09.2025).

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К ДЕЙСТВИЮ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ

Скрипникова К. М., Марат А. М., Асабаев Н. Н., Оспанов Е. Н.

НАО «Медицинский Университет Семей»

Республика Казахстан, г. Семей

Научный руководитель, ассистент кафедры психиатрии и наркологии –

А. А. Алмагамбетова

Аннотация. В данной статье рассматривается психологическая готовность к действию в кризисных ситуациях. Целью исследования является раскрыть



проявление, формирование психологической готовности. Выяснить роль стрессоустойчивости и предъявить рекомендации по его развитию. В ходе исследования использовались теоретические методы такие как. Объектами исследования являются книги, современные публикации и научные работы. Установлено, что психологическая готовность повышает способность человека адаптироваться к ситуациям неопределенности и смягчает вредные последствия стрессоров. Ведь кризисные ситуации оказывают психогенное воздействие, которое включает в себя как прямые угрозы человеческой жизни, так и косвенные угрозы. Личности с более высоким уровнем стрессоустойчивости поддерживают физическое и психическое здоровье, а также лучше сохраняют эмоциональную стабильность и саморегуляцию. Результаты исследования практически важные, так как все теоретические выводы и рекомендации могут быть использованы другими специалистами для повышения знаний о психологической готовности к действию в кризисных ситуациях.

Ключевые слова: психологическая готовность; кризисные ситуации; стрессоустойчивость; адаптация; стрессоры; эмоциональная стабильность; саморегуляция.

LITERATURE REVIEW: PSYCHOLOGICAL READINESS FOR ACTION IN CRISIS SITUATIONS

Marat A.M., Assabayev N.N., Ospanov E.N..

Semey Medical University

Republic of Kazakhstan, Semey

Scientific supervisor - Assistant at the Department of Psychiatry and Narcology

A.A. Almagambetova

Abstract. This article examines psychological readiness for action in crisis situations. The purpose of the study is to reveal the manifestation, formation of psychological readiness. To find out the role of stress resistance and provide



recommendations for its development. The study used theoretical methods such as. The objects of the study are books, modern publications and scientific works. It has been established that psychological readiness increases a person's ability to adapt to situations of uncertainty and mitigates the harmful effects of stressors. After all, crisis situations have a psychogenic impact, which includes both direct threats to human life and indirect threats. Individuals with a higher level of stress resistance maintain physical and mental health, as well as better maintain emotional stability and self-regulation. The results of the study are practically important, as all theoretical conclusions and recommendations can be used by other specialists to improve knowledge of psychological readiness for action in crisis situations.

Keywords: psychological readiness; crisis situations; stress resistance; adaptation; stressors; emotional stability; self-regulation.

Введение

Современные суровые условия представляют собой высокую степень неопределенности и кризисных явлений. Стихийные бедствия, экологические катастрофы, экономические, социальные, индивидуальные кризисы, аварии, жизненно личностные ситуации представляют огромную угрозу для жизни человека. Большинство людей в таких ситуациях, оказываются психологически неподготовленными к действию, и испытывают стресс, беспокойство, внутреннее напряжение. Это отрицательно действует психологическому состоянию человека и сказывается на его здоровье. Хотя психологическая стабильность, осознание ситуации и адекватность поведения в экстремальных ситуациях является главным фактором выживания. Исследование психологий стресса и адаптации в таких условиях становится социальной и экономической необходимостью. Таким образом психологическая готовность к действию быстро приобретает особую значимость в науке и в практике.



Цель работы: изучить психологическую готовность человека к действию в кризисных ситуациях, его формирование, проявление, взаимосвязь эмоциональных состояний и уровня стрессоустойчивости. А также предоставить рекомендации по развитию.

Объекты и методы исследования: при написании статьи объектами исследования являлись книги, научные теории и современные публикации.

Использовались теоретические методы и сыграли важную роль в исследовании.

Аналитико-синтетический метод: применялся для подробного изучения научных текстов.

Метод классификации и систематизации: использовалось для упорядочивания данных.

Метод теоретического моделирования: применялся для построения функциональной модели психологической готовности, обеспечивая логическую связь между научными понятиями.

Критико-сравнительный метод: использовалось для сравнения эволюции взглядов на феномен психологической готовности в различных школах психологии, а также для выявления теоретических противоречий.

Результаты и обсуждение

Проведённое исследование и анализ отобранных исследовательских материалов предоставил выделить несколько ключевых направлений. Эти направления сформировали следующие тематические группы исследования:

- Основы понятия психологической готовности к действию в кризисных ситуациях
- Проявление и формирование психологической готовности
- Роль стрессоустойчивости
- Рекомендации по развитию психологической готовности



Основы понятия психологической готовности к действию в кризисных ситуациях

Психологическая готовность к действию в кризисных ситуациях является одним из важных индивидуальных качеств. Ведь в процессе жизнедеятельности каждого могут возникать ситуаций неопределенности, требующие от человека правильных, быстрых и безошибочных действий. В таких условиях человек должен контролировать свое поведение и поддерживать стабильность.

Люди с внутренним локусом контроля, высоким самообладанием и умеренной эмоциональной возбудимостью представляют готовность к неопределенностям. Они могут действовать и принимать решений без потери контроля над ситуацией. [13] Самое главное в таких ситуациях — это внутреннее равновесие. Избыточная осторожность может уменьшить эффективность деятельности в кризисных ситуациях, а чрезмерная рискованность увеличивает допустимость ошибок. [2] Психологическая готовность является одним из основных факторов человеческой жизни который обеспечивает эффективное выполнение профессиональных задач, формирования наиболее благоприятного режима работы и способности выдерживать психологический стресс на уровне, который поддерживал бы оптимальную производительность, характер деятельности и успех его осуществления, способность правильно оценивать собственные сильные и слабые стороны.[15]

Психологическая готовность к кризисным ситуациям-компонент системы саморегуляции, обеспечивающий стрессоустойчивость и эффективность адаптации. [17] Оно является самым важным компонентом действий в моментах неопределенности. Ведь даже самый высокий уровень теоретических знаний, практических навыков не сможет обеспечить эффективные действия человека без психологической готовности.



Проявление и формирование психологической готовности

В экстремальных ситуациях процессы физиологической и психологической адаптации постоянно активизируются у людей. [18] Психологическая готовность к действию проявляется как активизация внутренних человеческих ресурсов, направленных на принятие решения в ситуациях неопределенности, стресса и кризиса.

Проявление психологической готовности к действиям может быть внутренним и внешним. К внутренним проявлениям относятся эмоциональная стабильность, концентрация внимания, умения контролировать страх и тревогу, высокое самообладание. А к внешним проявлениям относятся активность, четкое следование плану и собранность.

Формирование психологической готовности является трудным и последовательным процессом. Оно тесно связано с этапами профессиональной социализации и развитием ответственности за последствия принимаемых решений. [14] Также большую роль в формировании готовности играет эмоциональная стабильность, адаптивность в кризисе, способность саморегуляции. Ведь контроль над эмоциональными реакциями позволяет личности сохранить внутреннее равновесие.

Психологическая готовность к действиям не является раз и навсегда данным качеством, а формируется в зависимости от жизненного опыта, профессиональной подготовки и индивидуальных особенностей стрессоустойчивости [1]

Роль стрессоустойчивости

В современном мире стрессоустойчивость воспринимают как способность человека сохранять психологическую устойчивость в условиях стресса [7], и оно играет важную роль в психологической готовности к действию. Именно наличие этого качества позволит сохранять спокойствие, работать в условиях повышенных требований. [10]



Стресс – это эмоциональное состояние, которое вызывает различные реакции, физиологические (например, головная боль, учащенное сердцебиение) [11], когнитивное (например, трудности с принятием решений) [19]. Бывает несколько видов стрессоров. Например, психосоциальные стрессоры обычно связаны событиями окружающей среды, внутренние стрессоры связаны негативными факторами исходящие от самого человека.

В психологии стрессоустойчивость определяется как способность человека терпеть или сопротивляться стрессу. Согласно Е.П. Ильину, стрессоустойчивость проявляется в умении регулировать физиологические и эмоциональные реакции на стрессоры. [8] Низкая стрессоустойчивость ведет к импульсивным решениям и утрате контроля. [16] Высокая стрессоустойчивость может улучшить физическое, умственное и духовное здоровье. [4] Оно является ценной защитной характеристикой, которая помогает человеку успешно адаптироваться к условиям окружающей среды.

Рекомендации по развитию психологической готовности

Повышение уровня психологической готовности является системным, целенаправленным, непрерывным процессом. Основная цель развития – это достижение того уровня, где кризисная ситуация будет ощущаться не как угроза, а как задача, которая требует мобилизацию. Для развития психологической готовности к действию в кризисных ситуациях рекомендуется:

1. Развитие навыков саморегуляции

Наиболее эффективными методами являются: дыхательные упражнения, мышечная релаксация [6] и аутогенная тренировка. [20] Они способствуют снижению тревоги и укрепляют эмоциональную стабильность.



2. Психологическое моделирование и тренинг стрессовых ситуаций

Тренинговые программы, включающие симуляцию кризисных ситуаций, ролевые игры формируют адаптивные реакции, развивают автоматизм и уверенность. [9]

3. Поддержка физического и психического здоровья

Регулярные тренировки, сбалансированное питание, соблюдение режима сна повышает выносливость, поднимает настроение. [3]

4. Социальная и групповая поддержка

Психологическая готовность, самообладание, эмоциональная стабильность все тесно связано с ощущением социальной поддержки. Групповые тренинги, совместное обсуждение трудных, кризисных ситуаций снижает уровень тревоги и повышает стрессоустойчивость. [12]

Заключение

Кризисные, экстремальные события оказывают психогенное воздействие, которое включает в себя не только прямую, непосредственную угрозу жизни человека, но и косвенную угрозу, связанную с ожиданием и реальностью. Современные исследования подчеркивают, что психологическая готовность снижает негативные эффекты, угрозы и ускоряет адаптацию, обеспечивает адекватную реакцию.

Основу готовности составляют такие качества как, саморегуляция, уверенность, способность к рефлексии. Особое значение имеет роль стрессоустойчивости, которая является ценной защитной характеристикой и обеспечивает сохранение поведенческой стабильности при стрессе.

Результаты анализа теоретических материалов позволили выделить ключевые направления развития психологической готовности. Среди них - развитие навыков саморегуляции, психологическое моделирование и тренинг



стрессовых ситуаций, поддержка физического и психического здоровья, социальная и групповая поддержка.

Таким образом, психологическая готовность к действиям в кризисных ситуациях является одним из основных факторов успешного функционирования личности. Ее формирование и развитие представляет собой важную задачу.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Абульханова-Славская, К. А. Стратегия жизни. — М.: Мысль, 1991. — 320 с. — С. 98.
2. Бондарева А. М. Индивидуальные особенности личности и склонность к риску // В сборнике: Актуальные проблемы психологии и педагогики. Сборник научных трудов II Международной научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2024. С. 34–39.
3. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. — М.: ПЕР СЭ, 2006. — С. 44–72.
4. Edwards, J. R. An examination of competing versions of the person-environment fit approach to stress. The Academy of Management Journal. 1996. 39(2). 292-339. DOI: 10.2307/256782 EDN: CHFZWN
5. Жукова В.Ф. Психолого-педагогический анализ категории «психологическая готовность» // Известия Томского политехнического университета. 2012. Т. 320. № 6. С. 117-12
6. Jacobson E. Progressive Relaxation. — Chicago: University of Chicago Press, 1998. — Р. 58–79.
7. Z.S. Dahi et al. psychological endurance of middle school principals Journal of Positive School Psychology (2022)
8. Ильин Е. П. Психология стресс и эмоциональной устойчивости. — СПб.: Питер, 2013. — С. 145–162.



9. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса и методы коррекции. — М.: Академический проект, 2011. — С. 56–73.
10. Li, Z.-S., & Hasson, F. Resilience, stress and psychological well-being in nursing students: A systematic review. *Nurse Education Today*. 2020. Apr 19: 90.
11. Liao Shin-Ru, Seki Naoko, Akiyama Masako, Shinada Kayoko, Morio Ikuko Perceived stress and career planning awareness of Japanese and Taiwanese undergraduate dental hygiene students // *Journal of Dental Sciences*. 2022.
12. Leonova A. B. Психология профессионального здоровья. — М.: МГУ, 2014. — С. 88–104.
13. Махмудова Ю. А., Новикова С. С., Щетинина Е. В. Индивидуально-типологические особенности ответственной личности, готовой к риску // *Интернаука*. 2023. № 45-2 (315). С. 54–57.
14. Мещеряков Д. А. Социально-психологические и индивидуально-психологические факторы готовности к риску в процессе социализации курсантов в военном вузе : диссертация ... кандидата психологических наук : 19.00.05 / Мещеряков Денис Александрович; [ФГБОУ ВО «Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского»]. — Саратов, 2021. — 164 с.
15. M.P. Paulus et al. A neuroscience approach to optimizing brain resources for human performance in extreme environments *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* (2009)
16. Марищук, В. Л. Психологическая готовность к деятельности в экстремальных условиях. — СПб.: Питер, 2011. — 240 с. — С. 56–62.
17. Тарасова А. Ю. Психологическая готовность к риску как адаптационный ресурс саморегуляции у представителей различных этнокультурных групп : диссертация ... кандидата психологических наук : 5.3.1 / Тарасова Анастасия



Юрьевна; [Место защиты: Донской государственный технический университет; Диссовет 99.2.081.02 (99.2.081.02)]. – Ростов-на-Дону, 2025. – 206 с.

18. Tsvetkov, V. L., Balashova, V. A., Pustovitova, D. A., &Khrustaleva, T. A. (2024). Psychological resilience and readiness of police officers for official activities in extreme conditions. *PsychopedagogyinLawEnforcementAgencies*, 29(2), 133-139.

19. Heydari A., Ostadtaghizadeh A., Ardalan A., Ebadi A., Mohammadfam I, Khorasani-Zavareh D. Exploring the criteria and factors affecting firefighters' resilience: A qualitative study. *Chinese Journal of Traumatology*. 2022. vol. 25, issue 2. 107-114.

**ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ТРАВМОЙ У
ЖЕРТВ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ: ИНТЕГРАЦИЯ МЕТОДОВ
ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И ПЕРЕРАБОТКИ ДВИЖЕНИЯМИ ГЛАЗ
(EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING)
И СОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

Сопова А. Е.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – старший преподаватель А. С. Яковлев

Аннотация. Данная научная статья посвящена изучению Пролонгированной психологической травме, являющейся следствием длительного домашнего насилия, характеризуется комплексной симптоматикой (комплексное ПТСР) и резистентностью к стандартным методам терапии. Необходимость в разработке интегративных подходов, учитывающих как когнитивно-эмоциональные, так и телесные аспекты травмы, определяет актуальность данного исследования.

Ключевые слова: комплексное ПТСР, пролонгированная травма, домашнее насилие, ДПДГ (EMDR), соматическая терапия, психотерапия травмы, интегративный подход.



FEATURES OF WORKING WITH PROLONGED TRAUMA IN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE: INTEGRATION OF DPDH (EMDR) METHODS AND SOMATIC THERAPY

Sopova A. E.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Yakovlev A.S.

Abstract. This scientific article is devoted to the study of Prolonged psychological trauma resulting from prolonged domestic violence, characterized by complex symptoms (complex PTSD) and resistance to standard therapies. The need to develop integrative approaches that take into account both the cognitive-emotional and physical aspects of trauma determine the relevance of this study.

Keywords: complex PTSD, prolonged trauma, domestic violence, DDD (EMDR), somatic therapy, trauma psychotherapy, integrative approach.

Введение

Проблема домашнего насилия остается одной из наиболее острых социальных и клинических проблем современности. Его ключевой особенностью является пролонгированный, повторяющийся характер, что приводит к формированию не простого посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), а комплексного ПТСР (complex PTSD). Для данного расстройства характерна не только классическая симптоматика ПТСР (вторжения, избегание, гипервозбуждение), но и стойкие нарушения в сфере саморегуляции (аффективной, поведенческой, межличностной), негативная Я-концепция и трудности в установлении отношений.

Жертвы домашнего насилия часто демонстрируют высокий уровень диссоциации и соматизации травматического опыта, что связано с хроническим характером угрозы и невозможностью реализовать эффективные поведенческие стратегии «борьбы или бегства». Неотреагированные двигательные



импульсы и высокое вегетативное возбуждение «замораживаются» в теле, формируя устойчивую патологическую систему.

Существующие монометоды, в том числе и высокоэффективный при шоковой травме ДПДГ (EMDR), при работе с комплексной травмой могут сталкиваться с трудностями. Высокий уровень диссоциации и отсутствие у клиента чувства базовой безопасности часто делают прямую обработку травматических воспоминаний преждевременной и ретравматизирующей. Соматическая терапия (Соматическое переживание, Somatic Experiencing), разработанная П. Левиным, предлагает инструменты для работы с телесными аспектами травмы, помогая безопасно снизить уровень возбуждения и завершить иммобилизационные реакции. Однако ее фокус на телесных ощущениях может быть недостаточным для когнитивного переструктурирования травматических воспоминаний.

Таким образом, проблема исследования заключается в необходимости разработки и апробации интегративного подхода, который сочетал бы эффективность ДПДГ в обработке дисфункциональных воспоминаний с способностью соматической терапии стабилизировать нервную систему и работать с телесными диссоциативными проявлениями.

Гипотеза исследования: Интегративный протокол, последовательно сочетающий фазу стабилизации на основе методов соматической терапии и фазу процессинга травматических воспоминаний с помощью ДПДГ, будет значимо более эффективен в снижении симптомов комплексного ПТСР, тревоги, депрессии и диссоциации у жертв домашнего насилия, чем стандартная поэтапная терапия травмы.

Объекты и методы исследования

Дизайн исследования: Рандомизированное сравнительное исследование с пред- и пост-тестированием.



Участники: В исследовании приняли участие 40 женщин в возрасте от 25 до 45 лет (средний возраст – $34,5 \pm 6,2$ года), обратившиеся за психологической помощью с последствиями пролонгированного домашнего насилия (от 3 до 15 лет). **Критерии включения:** диагноз «Комплексное ПТСР» по МКБ-11, подтвержденный с помощью Международного опросника травмы (ITQ); срок не менее 6 месяцев после прекращения насильственных отношений. **Критерии исключения:** текущий психоз, острое суицидальное поведение, зависимость от ПАВ на момент исследования.

Участницы были методом случайной выборки разделены на две группы:

- Основная группа (n=20): проходила терапию по интегративному протоколу (ДПДГ + соматическая терапия).
- Группа сравнения (n=20): проходила терапию по модели поэтапной терапии травмы (стабилизация + когнитивно-поведенческие методы).

Методы и методики:

Психотерапевтическое вмешательство:

- Для основной группы: 20 индивидуальных сессий по интегративному протоколу. Фаза 1 (1-8 сессии): Стабилизация и ресурсирование с использованием методов соматической терапии (ориентировка, отслеживание ощущений, работа с периферией тела, выстраивание «контейнера»). Фаза 2 (9-18 сессии): Процессинг травматических воспоминаний с помощью стандартного протокола ДПДГ с интеграцией соматических маркеров. Фаза 3 (19-20 сессии): Реинтеграция и завершение.
- Для группы сравнения: 20 сессий поэтапной терапии травмы, включающей психообразование, обучение эмоциональной регуляции, когнитивную реструктуризацию и экспозиционные техники.

Диагностический инструментарий (применялся до и после терапии):

Международный опросник травмы (ITQ): для оценки симптомов ПТСР и нарушений самоорганизации (NOS).



Шкала диссоциативных переживаний (DES-II): для измерения уровня диссоциации.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS): для оценки уровня тревоги и депрессии.

Опросник PCL-5: для оценки выраженности симптомов ПТСР.

Статистический анализ: Обработка данных проводилась с использованием программы IBM SPSS Statistics 23. Применялись методы описательной статистики (M , σ), t -критерий Стьюдента для сравнения зависимых и независимых выборок, а также дисперсионный анализ (ANOVA) для оценки межгрупповых различий.

Результаты и их обсуждение

Сравнительный анализ динамики показателей в двух группах выявил статистически значимые различия (Таблица 1).

Таблица 1. Сравнительные показатели эффективности терапии ($M \pm \sigma$)

Показатель	Группа	До терапии	После терапии	% снижения	p-уровень (внутри группы)
ITQ (общий балл)	Основная	48.3 ± 5.1	$25.6 \pm 4.8^*$	47%	<0.001
	Сравнения	47.8 ± 5.4	35.2 ± 5.1	26%	<0.01
DES-II	Основная	35.2 ± 6.8	$19.4 \pm 5.1^*$	45%	<0.001
	Сравнения	34.7 ± 7.1	27.8 ± 6.2	20%	<0.05
HADS-тревога	Основная	16.5 ± 2.3	$8.2 \pm 1.9^*$	50%	<0.001
	Сравнения	16.1 ± 2.5	11.5 ± 2.1	29%	<0.01
PCL-5	Основная	52.1 ± 6.2	$28.7 \pm 5.5^*$	45%	<0.001



Показатель	Группа	До терапии	После терапии	% снижения	p-уровень (внутри группы)
	Сравнения	51.6 ± 6.5	37.4 ± 5.9	28%	<0.01

*Примечание: * — статистически значимые различия между группами после терапии ($p < 0.01$).

Как видно из таблицы, в обеих группах наблюдалась положительная динамика, однако в основной группе снижение симптоматики было значимо более выраженным по всем диагностируемым параметрам.

Наиболее значимые результаты:

1. Снижение диссоциации (DES-II): В основной группе показатель снизился на 45%, что вдвое превышает результат группы сравнения (20%). Это можно объяснить тем, что соматическая терапия целенаправленно работает с телесной диссоциацией, помогая клиенту безопасно «возвращаться» в тело и увеличивать окно толерантности к неприятным ощущениям, что создает надежную основу для последующей обработки травмы в ДПДГ.

2. Динамика в сфере саморегуляции (ITQ-NOS): По субшкале нарушений самоорганизации (аффективная регуляция, негативная Я-концепция) в основной группе зафиксировано снижение на 49% против 25% в группе сравнения. Интегративный подход позволил не только снизить тревогу, но и сформировать более адаптивные стратегии саморегуляции через осознание телесных сигналов и их использование в качестве ресурса.

3. Снижение тревоги (HADS): Значительное снижение тревоги в основной группе (50%) подтверждает, что комбинированное воздействие на психологический и телесный уровни приводит к более глубокой и устойчивой стабилизации состояния.



Обсуждение механизмов эффективности:

Предлагаемый интегративный протокол работает за счет синергетического эффекта. Соматическая терапия на первом этапе:

Формирует у клиента навык отслеживания телесных ощущений без переполнения.

Снижает базовый уровень вегетативного возбуждения.

Завершает иммобилизационные реакции, «размораживая» телесные ресурсы.

Это создает «безопасный контейнер» для проведения ДПДГ-процессинга. В свою очередь, ДПДГ позволяет эффективно десенситизировать сами травматические воспоминания, а интеграция соматических маркеров (ощущений в теле, возникающих при воспоминании) делает процесс более целостным и глубоким. Клиент учится не только перерабатывать образы и мысли, но и отпускать связанное с ними телесное напряжение.

Ограничением исследования является относительно небольшой размер выборки и отсутствие длительного катамнестического наблюдения. Перспективой является разработка дифференцированных протоколов для различных типов пролонгированной травмы.

Заключение

Разработанный интегративный протокол, последовательно сочетающий методы соматической терапии (фаза стабилизации) и ДПДГ (фаза процессинга), доказал свою высокую эффективность в работе с последствиями пролонгированного домашнего насилия.

Установлено статистически значимое превосходство интегративного подхода над стандартной поэтапной терапией в снижении симптомов комплексного ПТСР, особенно в сфере диссоциативных проявлений, аффективной регуляции и тревоги.

Ключевым механизмом эффективности является синергетический эффект: соматическая терапия создает необходимую телесную стабильность и ресурсность,



что позволяет проводить ДПДГ-процессинг травматических воспоминаний более безопасно и глубоко, минимизируя риски ретравматизации.

Полученные результаты обосновывают целесообразность внедрения интегративного подхода в практику кризисных центров, психологических служб и частных кабинетов, специализирующихся на помощи жертвам домашнего насилия.

Источники и литература/ Sources and references

1. World Health Organization. (2019). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11).
2. Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror. Basic Books.
3. Van der Kolk, B. A. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Viking.
4. Shapiro, F. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures (3rd ed.). Guilford Press.
5. Levine, P. A. (2010). In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness. North Atlantic Books.
6. Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627.
7. Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), 149–173.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ МАНИПУЛЯЦИИ И ОСОБЕННОСТИ ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ СТУДЕНТАМИ

Степанова В. В.

*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 статье рассматриваются психофизиологические механизмы воздействия манипулятивных приёмов на человека и особенности их восприятия студентами. Теоретическая часть опирается на современные данные нейрофизиологии внимания, эмоций и когнитивного контроля. Эмпирическая часть основана на анкетировании студентов ($N = 44$) по специально разработанным текстовым примерам. Результаты показывают, что лишь треть респондентов уверенно отличают манипулятивные тексты от нейтральных, а наибольшие трудности вызывают эмоционально-скрытые формы влияния. Это подтверждает необходимость развития у студентов психофизиологической грамотности и критического мышления.

Ключевые слова: манипуляция, студенты, воздействие, распознавание.

PSYCHOPHYSIOLOGICAL MECHANISMS OF MANIPULATION AND FEATURES OF ITS PERCEPTION BY STUDENTS

Stepanova V.V.

Professor N.A. Barbarash Department of Normal Physiology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – MD, PhD, Associate Professor D.Y. Kuvshinov

Abstract. This article examines the psychophysiological mechanisms of the impact of manipulative techniques on humans and how students perceive them. The theoretical part draws on modern data on the neurophysiology of attention, emotion, and cognitive control. The empirical part is based on a survey of students ($N = 44$) using specially developed text examples. The results show that only a third of respondents confidently distinguish manipulative texts from neutral ones, and that emotionally hidden forms of influence pose the greatest difficulties. This confirms the need to develop students' psychophysiological literacy and critical thinking.

Keywords: manipulation, students, influence, recognition.



Цель исследования - определить, как различные формы манипуляции отражаются на психофизиологических и когнитивных реакциях и насколько молодые люди способны их распознавать.

Материалы и методы исследования

Был проведён анкетный опрос 44 студентов. Был проведён анализ собранных данных.

В условиях современного информационного общества манипуляция становится все более изощренным механизмом влияния на поведение и сознание человека. Понимание психофизиологических основ манипуляции важно для развития методов защиты личности от скрытого воздействия. Психофизиология изучает взаимосвязь психических процессов и физиологических реакций организма, что предоставляет теоретическую базу для анализа механизмов манипулятивного воздействия [1, с. 115].

Теоретические основы психофизиологии манипуляции

Основу психофизиологии манипуляции составляют нейрофизиологические процессы, характеризующиеся взаимодействием лимбической системы, ответственной за эмоции и мотивацию, и префронтальной коры, управляющей критическим мышлением и самоконтролем. Манипуляция активирует эмоциональные центры мозга, снижая функции рационального анализа и саморегуляции. Это приводит к повышенной внушаемости и импульсивности в поведении [5, с. 45–70]. Нейрофизиологические исследования с использованием электроэнцефалографии показывают изменения в мозговой активности, характерные для восприятия манипулятивной информации, что подтверждает снижение когнитивной фильтрации.

Основные психофизиологические механизмы манипуляции

Манипуляция реализуется через мобилизацию эмоций и мотиваций. Используются психологические приемы, направленные на запуск стрессовых



реакций — тревоги, страха, чувства вины и беспомощности — что сопровождается выбросом адреналина и кортизола и изменениями в работе вегетативной нервной системы. Это снижает способность к критическому мышлению и повышает восприимчивость к внушению [2, с. 220; 4, с. 130–140]. В ходе процесса манипулирования субъект последовательно выявляет уязвимые места адресата и эксплуатирует их с помощью эмоционального давления и искажения информации.

Психофизиологическая регуляция и последствия

Манипулятивное воздействие вызывает активацию стрессовых реакций с изменениями в сердечно-сосудистой, эндокринной системах и центральной нервной системе. Хронический стресс приводит к снижению адаптивных ресурсов организма, появлению психосоматических нарушений и ухудшению когнитивных функций, что создает порочный круг повышенной уязвимости к новым манипуляциям [3, с. 110–120; 11].

Механизмы защиты от манипуляции

Эффективные механизмы защиты включают развитие навыков критического мышления, эмоциональной саморегуляции, повышение осознанности и тренировки нейрофизиологических реакций на стресс. Обучение распознаванию манипулятивных техник и психологические тренинги способны укрепить когнитивную фильтрацию информации и уменьшить физиологическую восприимчивость к манипуляции [1, с. 130; 7].

Психофизиологические механизмы манипуляции основываются на сложном взаимодействии нейрофизиологических, эмоциональных и когнитивных процессов, направленных на скрытую регуляцию поведения и сознания. Современные исследования расширяют понимание этих процессов, что способствует разработке эффективных средств психологической защиты в информационной среде.



Методика исследования

Эмпирическая часть включала анкетирование 44 студентов. Респондентам предлагались 7 текстов, различающихся по типу воздействия, с вопросом: «Является ли этот текст манипулятивным?». После основной части участники оценивали: своё эмоциональное состояние («спокоен», «счастлив», «грущу»); самооценку (адекватная, завышенная, заниженная); уровень тревожности (низкий, умеренный, высокий); любознательность («да»/«нет»); привычку проверять информацию на объективность («да»/«нет»).

Результаты

В распознавание манипуляций по текстам наиболее сложными оказались тексты, где использованы мягкие эмоциональные приёмы. Только 34–41% респондентов определили их как манипуляцию. Среднее число корректных ответов – 4,7 из 7. Только 34% (15 респондентов) распознали 4 и более из 5 манипулятивных текстов. Лишь двое показали 100%-ный результат.

Выявлена связь с личностными характеристиками: высокая тревожность коррелирует со снижением точности, когнитивные качества (любознательность, критическое мышление) связаны с более устойчивыми результатами, но решающую роль играет эмоциональная стабильность.

Участники легко распознавали открытые стимулы (давление, комплимент), что соответствует активации префронтальной коры и осознанной переработке информации. Однако скрытые эмоциональные воздействия (апелляция к долгу, внутренней мотивации) запускали бессознательные реакции лимбической системы, ослабляя когнитивный контроль.

Повышенная тревожность, по-видимому, снижает порог рационального анализа: эмоции становятся доминирующим каналом восприятия. В результате такие участники демонстрировали меньшую точность и большую восприимчивость к внушению.



Заключение

Исследование показало, что даже среди образованных молодых людей устойчивость к манипуляции остаётся недостаточной. Только треть студентов способна уверенно отличить манипулятивные тексты. Тонкие эмоциональные приёмы остаются незамеченными большинством. Высокая тревожность связана с пониженной когнитивной защитой.

Эти результаты подтверждают актуальность внедрения в образовательную среду программ, направленных на развитие критического мышления, эмоциональной саморегуляции и психофизиологической осознанности.

Понимание того, как тело и мозг реагируют на внешнее воздействие, позволяет не только повышать устойчивость к манипуляциям, но и формировать зрелое, ответственное восприятие информации в эпоху гиперкоммуникации.

Источники и литература/ Sources and references

1. Иванова М.Д. Манипуляции во взаимодействии и способы их противодействия // Педагогика. – 2024. – №1. – С. 115–135.
2. Бондаренко Г.В. Концепция нравственной ответственности в психофизиологии // Вестник психологии и медицины. – 2023. – Т. 15, №4. – С. 215–225.
3. Некрасова А.И. Психология манипулирования личностью в процессе управления // Электронный научный журнал. – 2021. – №5. – С. 110–120.
4. Чуприкова Н.И. Исследования физиологических механизмов воздействия информации // Киберленинка. – 2009. – С. 130–140.
5. Дикая Л. Теоретические основы психофизиологии / Л. Дикая. – 2024. – С. 45–70.



**ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР:
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К ДЕЙСТВИЮ
В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ**

Скрипникова К. М., Марат А. М., Асабаев Н. Н., Оспанов Е. Н.

Кафедра психиатрии и наркологии

НАО «Медицинский Университет Семей,

Республика Казахстан, г. Семей

Научный руководитель - ассистент кафедры психиатрии и наркологии
А.А. Алмагамбетова

Аннотация. В данной статье рассматривается психологическая готовность к действию в кризисных ситуациях. Целью исследования является раскрыть проявление, формирование психологической готовности. Выяснить роль стрессоустойчивости и предъявить рекомендации по его развитию. В ходе исследования использовались теоретические методы такие как. Объектами исследования являются книги, современные публикации и научные работы. Установлено, что психологическая готовность повышает способность человека адаптироваться к ситуациям неопределенности и смягчает вредные последствия стрессоров. Ведь кризисные ситуации оказывают психогенное воздействие, которое включает в себя как прямые угрозы человеческой жизни, так и косвенные угрозы. Личности с более высоким уровнем стрессоустойчивости поддерживают физическое и психическое здоровье, а также лучше сохраняют эмоциональную стабильность и саморегуляцию. Результаты исследования практически важные, так как все теоретические выводы и рекомендации могут быть использованы другими специалистами для повышения знаний о психологической готовности к действию в кризисных ситуациях.

Ключевые слова: психологическая готовность; кризисные ситуации; стрессоустойчивость; адаптация; стрессоры; эмоциональная стабильность; саморегуляция.



LITERATURE REVIEW: PSYCHOLOGICAL READINESS FOR ACTION IN CRISIS SITUATIONS

Skripnikova K. M., Marat A. M., Asabaev N. N., Ospanov E. N.

Department of Psychiatry and Narcology

NJSC Semey Medical University,

Republic of Kazakhstan, Semey

Supervisor - A.A. Almagambetova

Abstract. This article examines psychological readiness for action in crisis situations. The purpose of the study is to reveal the manifestation, formation of psychological readiness. To find out the role of stress resistance and provide recommendations for its development. The study used theoretical methods such as. The objects of the study are books, modern publications and scientific works. It has been established that psychological readiness increases a person's ability to adapt to situations of uncertainty and mitigates the harmful effects of stressors. After all, crisis situations have a psychogenic impact, which includes both direct threats to human life and indirect threats. Individuals with a higher level of stress resistance maintain physical and mental health, as well as better maintain emotional stability and self-regulation. The results of the study are practically important, as all theoretical conclusions and recommendations can be used by other specialists to improve knowledge of psychological readiness for action in crisis situations.

Keywords: psychological readiness; crisis situations; stress resistance; adaptation; stressors; emotional stability; self-regulation.

Введение

Современные суровые условия представляют собой высокую степень неопределенности и кризисных явлений. Стихийные бедствия, экологические катастрофы, экономические, социальные, индивидуальные кризисы, аварии,



жизненно личностные ситуации представляют огромную угрозу для жизни человека. Большинство людей в таких ситуациях, оказываются психологически неподготовленными к действию, и испытывают стресс, беспокойство, внутреннее напряжение. Это отрицательно действует психологическому состоянию человека и сказывается на его здоровье. Хотя психологическая стабильность, осознание ситуации и адекватность поведения в экстремальных ситуациях является главным фактором выживания. Исследование психологий стресса и адаптации в таких условиях становится социальной и экономической необходимостью. Таким образом психологическая готовность к действию быстро приобретает особую значимость в науке и в практике.

Цель работы:

Изучить психологическую готовность человека к действию в кризисных ситуациях, его формирование, проявление, взаимосвязь эмоциональных состояний и уровня стрессоустойчивости. А также предоставить рекомендации по развитию.

Объекты и методы исследования

При написании статьи объектами исследования являлись книги, научные теории и современные публикации.

Использовались теоретические методы и сыграли важную роль в исследовании.

Аналитико-синтетический метод: применялся для подробного изучения научных текстов.

Метод классификации и систематизации: использовалось для упорядочивания данных.

Метод теоретического моделирования: применялся для построения функциональной модели психологической готовности, обеспечивая логическую связь между научными понятиями.



Критико-сравнительный метод: использовалось для сравнения эволюции взглядов на феномен психологической готовности в различных школах психологии, а также для выявления теоретических противоречий.

Результаты и обсуждение:

Проведённое исследование и анализ отобранных исследовательских материалов предоставил выделить несколько ключевых направлений. Эти направления сформировали следующие тематические группы исследования:

- Основы понятия психологической готовности к действию в кризисных ситуациях
- Проявление и формирование психологической готовности
- Роль стрессоустойчивости
- Рекомендации по развитию психологической готовности

Основы понятия психологической готовности к действию в кризисных ситуациях

Психологическая готовность к действию в кризисных ситуациях является одним из важных индивидуальных качеств. Ведь в процессе жизнедеятельности каждого могут возникать ситуаций неопределённости, требующие от человека правильных, быстрых и безошибочных действий. В таких условиях человек должен контролировать свое поведение и поддерживать стабильность.

Люди с внутренним локусом контроля, высоким самообладанием и умеренной эмоциональной возбудимостью представляют готовность к неопределёностям. Они могут действовать и принимать решений без потери контроля над ситуацией. [13] Самое главное в таких ситуациях — это внутреннее равновесие. Избыточная осторожность может уменьшить эффективность деятельности в кризисных ситуациях, а чрезмерная рискованность увеличивает допустимость ошибок. [2]



Психологическая готовность является одним из основных факторов человеческой жизни который обеспечивает эффективное выполнение профессиональных задач, формирования наиболее благоприятного режима работы и способности выдерживать психологический стресс на уровне, который поддерживал бы оптимальную производительность, характер деятельности и успех его осуществления, способность правильно оценивать собственные сильные и слабые стороны.[15]

Психологическая готовность к кризисным ситуациям-компонент системы саморегуляции, обеспечивающий стрессоустойчивость и эффективность адаптации. [17] Оно является самым важным компонентом действий в моментах неопределенности. Ведь даже самый высокий уровень теоретических знаний, практических навыков не сможет обеспечить эффективные действия человека без психологической готовности.

Проявление и формирование психологической готовности

В экстремальных ситуациях процессы физиологической и психологической адаптации постоянно активизируется у людей. [18] Психологическая готовность к действию проявляется как активизация внутренних человеческих ресурсов, направленных на принятии решении в ситуациях неопределенности, стресса и кризиса.

Проявление психологической готовности к действиям может быть внутренним и внешним. К внутренним проявлениям относятся эмоциональная стабильность, концентрация внимания, умения контролировать страх и тревогу, высокое самообладание. А к внешним проявлениям относятся активность, четкое следование плану и собранность.

Формирование психологической готовности является трудным и последовательным процессом. Оно тесно связано с этапами профессиональной социализации и развитием ответственности за последствия принимаемых решений.



[14] Также большую роль в формировании готовности играет эмоциональная стабильность, адаптивность в кризисе, способность саморегуляции. Ведь контроль над эмоциональными реакциями позволяет личности сохранить внутреннее равновесие.

Психологическая готовность к действиям не является раз и навсегда данным качеством, а формируется в зависимости от жизненного опыта, профессиональной подготовки и индивидуальных особенностей стрессоустойчивости [1]

Роль стрессоустойчивости

В современном мире стрессоустойчивость воспринимают как способность человека сохранять психологическую устойчивость в условиях стресса[7], и оно играет важную роль в психологической готовности к действию. Именно наличие этого качества позволит сохранять спокойствие, работать в условиях повышенных требований. [10]

Стресс – это эмоциональное состояние, которое вызывает различные реакции, физиологические (например, головная боль, учащенное сердцебиение)[11], когнитивное (например, трудности с принятием решений)[19]. Бывает несколько видов стрессоров. Например, психосоциальные стрессоры обычно связаны событиями окружающей среды, внутренние стрессоры связаны негативными факторами исходящие от самого человека.

В психологии стрессоустойчивость определяется как способность человека терпеть или сопротивляться стрессу. Согласно Е.П. Ильину, стрессоустойчивость проявляется в умении регулировать физиологические и эмоциональные реакции на стрессоры. [8] Низкая стрессоустойчивость ведет к импульсивным решениям и утрате контроля. [16] Высокая стрессоустойчивость может улучшить физическое, умственное и духовное здоровье. [4] Оно является ценной защитной характеристикой, которая помогает человеку успешно адаптироваться к условиям окружающей среды.



Рекомендации по развитию психологической готовности

Повышение уровня психологической готовности является системным, целенаправленным, непрерывным процессом. Основная цель развития это достижение того уровня, где кризисная ситуация будет ощущаться не как угроза, а как задача, которая требует мобилизацию. Для развития психологической готовности к действию в кризисных ситуациях рекомендуется:

5. Развитие навыков саморегуляции

Наиболее эффективными методами являются: дыхательные упражнения, мышечная релаксация [6] и аутогенная тренировка.[20] Они способствуют снижению тревоги и укрепляют эмоциональную стабильность.

6. Психологическое моделирование и тренинг стрессовых ситуаций

Тренинговые программы, включающие симуляцию кризисных ситуаций, ролевые игры формируют адаптивные реакции, развивают автоматизм и уверенность.[9]

7. Поддержка физического и психического здоровья

Регулярные тренировки, сбалансированное питание, соблюдение режима сна повышает выносливость, поднимает настроение. [3]

8. Социальная и групповая поддержка

Психологическая готовность, самообладание, эмоциональная стабильность все тесно связано с ощущением социальной поддержки. Групповые тренинги, совместное обсуждения трудных, кризисных ситуаций снижает уровень тревоги и повышает стрессоустойчивость. [12]

Заключение

Кризисные, экстремальные события оказывают психогенное воздействие, которое включает в себя не только прямую, непосредственную угрозу жизни человека, но и косвенную угрозу, связанную с ожиданием и реальностью. Современные исследования подчеркивают, что психологическая готовность



снижает негативные эффекты, угрозы и ускоряет адаптацию, обеспечивает адекватную реакцию.

Основу готовности составляют такие качества как, саморегуляция, уверенность, способность к рефлексии. Особое значение имеет роль стрессоустойчивости, которая является ценной защитной характеристикой и обеспечивает сохранение поведенческой стабильности при стрессе.

Результаты анализа теоретических материалов позволили выделить ключевые направления развития психологической готовности. Среди них- развитие навыков саморегуляции, психологическое моделирование и тренинг стрессовых ситуаций, поддержка физического и психического здоровья, социальная и групповая поддержка.

Таким образом, психологическая готовность к действиям в кризисных ситуациях является одним из основных факторов успешного функционирования личности. Ее формирование и развитие представляет собой важную задачу.

Источники и литература / Sources and references:

20. Абульханова-Славская, К. А. Стратегия жизни. — М.: Мысль, 1991. — 320 с. — С. 98.
21. Бондарева А. М. Индивидуальные особенности личности и склонность к риску // В сборнике: Актуальные проблемы психологии и педагогики. Сборник научных трудов II Международной научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2024. С. 34–39.
22. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. — М.: ПЕР СЭ, 2006. — С. 44–72.
23. Edwards, J. R. An examination of competing versions of the person-environment fit approach to stress. The Academy of Management Journal. 1996. 39(2). 292-339. DOI: 10.2307/256782 EDN: CHFZWN



24. Жукова В.Ф. Психолого-педагогический анализ категории «психологическая готовность» // Известия Томского политехнического университета. 2012. Т. 320. № 6. С. 117-12
25. Jacobson E. Progressive Relaxation. — Chicago: University of Chicago Press, 1998. — P. 58–79.
26. Z.S. Dahi et al. psychological endurance of middle school principals Journal of Positive School Psychology (2022)
27. Ильин Е. П. Психология стресс и эмоциональной устойчивости. — СПб.: Питер, 2013. — С. 145–162.
28. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса и методы коррекции. — М.: Академический проект, 2011. — С. 56–73.
29. Li, Z.-S., & Hasson, F. Resilience, stress and psychological well-being in nursing students: A systematic review. Nurse Education Today. 2020. Apr 19: 90.
30. Liao Shin-Ru, Seki Naoko, Akiyama Masako, Shinada Kayoko, Morio Ikuko Perceived stress and career planning awareness of Japanese and Taiwanese undergraduate dental hygiene students // Journal of Dental Sciences. 2022.
31. Леопова А. В. Психология профессионального здоровья. — М.: МГУ, 2014. — С. 88–104.
32. Махмудова Ю. А., Новикова С. С., Щетинина Е. В. Индивидуально-типологические особенности ответственной личности, готовой к риску // Интернаука. 2023. № 45-2 (315). С. 54–57.
33. Мещеряков Д. А. Социально-психологические и индивидуально-психологические факторы готовности к риску в процессе социализации курсантов в военном вузе : диссертация ... кандидата психологических наук : 19.00.05 / Мещеряков Денис Александрович; [ФГБОУ ВО «Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского»]. — Саратов, 2021. — 164 с.



34. М.Р. Paulus et al. A neuroscience approach to optimizing brain resources for human performance in extreme environments *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* (2009)
35. Марищук, В. Л. Психологическая готовность к деятельности в экстремальных условиях. — СПб.: Питер, 2011. — 240 с. — С. 56–62.
36. Тарасова А. Ю. Психологическая готовность к риску как адаптационный ресурс саморегуляции у представителей различных этнокультурных групп: диссертация ... кандидата психологических наук : 5.3.1 / Тарасова Анастасия Юрьевна; [Место защиты: Донской государственный технический университет; Диссовет 99.2.081.02 (99.2.081.02)]. – Ростов-на-Дону, 2025. – 206 с.
37. Tsvetkov, V. L., Balashova, V. A., Pustovitova, D. A., &Khrustaleva, T. A. (2024). Psychological resilience and readiness of police officers for official activities in extreme conditions. *PsychopedagogyinLawEnforcementAgencies*, 29(2), 133-139.
38. Heydari A., Ostadtaghizadeh A., Ardalan A., Ebadi A., Mohammadfam I, Khorasani-Zavareh D. Exploring the criteria and factors affecting firefighters' resilience: A qualitative study. *Chinese Journal of Traumatology*. 2022. vol. 25, issue 2. 107-114.
39. Шульц И. Г. Аутогенная тренировка: Практическое руководство. — М.: Наука, 1991. — С. 23–45.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА С УЧЕТОМ ЕГО КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ

Суворова Д. А., Ауэр Д. Р.

*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 В. А. Семёнов



Аннотация. Клещевой энцефалит (КЭ) - опасное заболевание, поражающее нервную систему и проявляющееся в различных формах, что оказывает влияние на прогноз и методы лечения. Установление точной клинической картины заболевания в кратчайшие сроки является ключевым фактором для предотвращения необратимых повреждений нервной системы и смертельных исходов. Статья предлагает систематизированное описание различных проявлений КЭ, с фокусом на дифференциальной диагностике, которая в случае редких неврологических вариантов ставит перед врачами особые вызовы.

Ключевые слова: нейроинфекция, менингеальный синдром, очаговая неврологическая симптоматика, полирадикулоневропатия, вялые параличи

MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS OF TICK-BORNE ENCEPHALITIS, CONSIDERING ITS CLINICAL VARIATIONS

Suvorova D. A., Auer D. R.

Department of Neurology, Neurosurgery, Medical Genetics
and Medical Rehabilitation

Kemerovo State Medical University

Ministry of Health of the Russian Federation, Kemerovo, Russia

Supervisor: Dr. of Medicine, Professor V. A. Semenov

Abstract. Tick-borne encephalitis (TBE) is a severe neuroinfection with a polymorphic clinical picture that determines the prognosis and management tactics of the patient. Timely verification of the clinical form of the disease is critical to prevent irreversible neurological deficits and fatalities. The article systematizes the variants of TBE course, with a special emphasis on the differential diagnosis of rare neurological forms that present the greatest challenge for the clinician.

Keywords: tick-borne encephalitis, neuroinfection, meningeal syndrome, focal neurological symptoms, polyradiculoneuropathy, flaccid paralysis



Введение

Ареал вируса клещевого энцефалита (ВКЭ), традиционно эндемичный для Сибири, Урала и Дальнего Востока, демонстрирует тенденцию к экспансии. В последние годы отмечается рост заболеваемости в центральных регионах России, включая Московскую, Ярославскую и Ивановскую области, что актуализирует проблему для более широкого круга медицинских специалистов. Патогномоничной особенностью КЭ является вариабельность клинических форм — от транзиторной лихорадки до жизнеугрожающих поражений ствола головного мозга. В то время как лихорадочная и менингеальная формы характеризуются относительно благоприятным прогнозом, очаговые формы (менингоэнцефалитическая, полиомиелитическая) сопряжены с высоким процентом резидуальных явлений и летальностью, достигающей 25-30% [9, С. 164-168.]. Эффективность медицинской помощи при КЭ напрямую зависит от ранней и точной диагностики, что подчеркивает необходимость глубокого понимания всего спектра его неврологических проявлений.

С патофизиологической точки зрения, КЭ является классическим примером нейротропной флавивирусной инфекции, инициирующей каскад иммуновоспалительных реакций в структурах центральной и периферической нервной системы. Персистенция вируса способствует формированию не только острых, но и хронических, прогрессивных форм заболевания, что расширяет традиционные представления о его течении. Ведущим профилактическим мероприятием остается специфическая иммунизация населения эндемичных районов.

Помимо человека, КЭ опасен для обезьян и белых мышей. Среди домашних животных наиболее восприимчивы поросята и овцы, хотя козы и коровы также могут быть инфицированы, но они обычно легче переносят инфекцию. [5, С. 301-303].



Клещевой энцефалит чаще всего проявляется в острой форме, которая обычно заканчивается выздоровлением. Однако со временем заболевание может перейти в хроническую стадию. Также существует вероятность развития инфекции сразу в хронической форме. Тяжелые формы острой инфекции могут привести к параличу и даже смерти. Хронический клещевой энцефалит, поражающий головной мозг, может длиться годами или остаться с человеком навсегда.

Клещевой энцефалит имеет выраженную сезонность, связанную с сезонами активности клещей — весной и летом. Иногда наблюдается два пика активности: в мае-июне и в августе-сентябре. Человек заражается, когда инфицированный клещ присасывается к коже и начинает питаться кровью. Заражение может произойти очень быстро, уже в первые минуты после присасывания, особенно если клещ содержит большое количество вируса. Даже после удаления клеща заражение может произойти, если часть его слюны, содержащей вирус, останется в коже. Один клещ может содержать огромное количество вирусных частиц — до тысячи.

Объекты и методы исследования

Проведен аналитический обзор современных отечественных литературных источников, посвященных клинике и диагностике КЭ. Для оценки уровня информированности будущих медицинских работников было организовано выборочное анкетирование студентов 4 курса лечебного факультета с последующей статистической обработкой результатов.

Результаты и их обсуждение

Инкубационный период КЭ варьирует в пределах 8-23 дней. Манифестация в большинстве случаев острая, с доминированием трех ведущих синдромов: общеинфекционного, менингеального и синдрома очагового поражения нервной системы. Дебют характеризуется фебрильной лихорадкой (38-40°C), цефалгией, миалгией, артралгией и выраженным астеническим синдромом. Важным



диагностическим признаком служит гиперемия кожи верхней половины туловища и инъекция сосудов склер.

Особенностью досимптомной или ранней фазы может служить кратковременная слабость в группах мышц шеи и плечевого пояса, а также преходящие парестезии, что можно рассматривать как прогностический маркер возможного развития очаговых форм.

В начале заболевания могут развиваться помрачение сознания и спутанность сознания, что может привести к коме. Однако чаще всего заболевание протекает в лёгкой, аттенуированной форме с кратковременным периодом лихорадки. Острый период обычно длится 6–8 дней, но в некоторых случаях может длиться от 3 до 14 дней. В месте укуса клеща часто развивается эритема различной величины. Это также известно как мигрирующая эритема, которая является клиническим маркером другой инфекции — клещевого боррелиоза и болезни Лайма, которые также передаются клещами [2, С. 52-57.].

Учитывая многообразие проявлений острой фазы клещевого энцефалита, в каждом конкретном случае можно выделить доминирующий синдром. Выделяют три клинические формы заболевания: лихорадочную, менингеальную и очаговую менингоэнцефалитическую. Полиомиелитическая и полирадикулоневритическая формы диагностируются значительно реже ввиду их меньшей распространенности. [4, С. 164-171].

Полиомиелитическая форма характеризуется избирательным поражением мотонейронов передних рогов спинного мозга. После кратковременной общеинфекционной стадии развиваются вялые асимметричные параличи мышц шеи («свисающая голова»), плечевого пояса и проксимальных отделов рук. Патогномоничны мышечные атрофии, фасцикуляции, арефлексия. При восходящем типе течения с вовлечением бульбарных отделов возникает непосредственная угроза



жизни из-за нарушения дыхания и глотания. В ликворе — умеренный плеоцитоз и выраженное повышение белка.

Полирадикулоневритическая форма, в основе патогенеза лежит поражение корешков спинномозговых и периферических нервов. Клиническая картина напоминает синдром Гийена-Барре: интенсивные корешковые боли, симметричные вялые парезы дистальных отделов конечностей, нарушения чувствительности по полинейропатическому типу («носки», «перчатки»), болезненность при пальпации нервных стволов, симптомы натяжения. Могут наблюдаться тазовые расстройства. Течение более благоприятное, но восстановление затяжное.

В отличие от классического течения, отдельные редкие формы вирусного энцефалита дебютируют с акинетико-ригидного синдрома, что составляет их ключевую клиническую особенность. Острая стадия заболевания манифестирует не только общеинфекционными симптомами, но и специфической неврологической картиной: офтальмоплегией, нарушением произвольных движений глаз, а также комплексом признаков корково-подкорковой дисфункции (вплоть до деменции, афазии и апраксии) [1, С. 83-87.].

Лихорадочная форма протекает как острое лихорадочное заболевание без признаков органического поражения ЦНС. Неврологическая симптоматика ограничивается легкой цефалгией и миалгией на фоне интоксикации. Данные ликворологического исследования без патологии. Прогноз благоприятный.

Менингеальная форма. Наиболее частый вариант течения. В клинике доминирует менингеальный синдром: интенсивная головная боль, гиперестезия, повторная рвота, положительные симптомы Кернига (больной не может полностью разогнуть ранее согнутую ногу под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах. Для проверки этого симптома пациента укладывают на спину, сгибают ногу в тазобедренном и коленном суставах, затем он пытается выпрямиться, при



разгибании ощущает боль в спине), Брудзинского (больной поднимает голову к груди, но ноги непроизвольно сгибаются в тазобедренных и коленных суставах).

Средний — надавливание на лобковое сочленение в области верхних лобковых костей, расположенных спереди от мочевого пузыря, над наружными половыми органами, что сопровождается сгибанием ног. Нижний — если пациент сгибает одну ногу в коленном и тазобедренном суставах, другая нога также сгибается. Щечный — надавливание на щеки в области под скулами производится в любом положении, в результате чего плечи поднимаются, а предплечья сгибаются, при этом положение частей тела напоминает крест), ригидность затылочных мышц. В ликворе — умеренный лимфоцитарный плеоцитоз, белково-клеточная диссоциация. Отмечается повышение внутричерепного давления. Течение доброкачественное [3].

Менингоэнцефалитическая (очаговая) форма относится к тяжелым вариантам течения. К менингеальному синдрому присоединяются признаки поражения мозговой ткани: нарушение сознания (от оглушения до комы), генерализованные или парциальные судороги, бульбарные расстройства (дисфагия, дизартрия), центральные гемипарезы (частичная утрата двигательной активности мышц на одной половине тела), гиперкинезы (хорея, судороги Рюльфа, торсионная дистония). Летальность высокая, восстановление длительное и часто неполное. Присутствие ригидности мышц затылка и симптомы Кернига и Брудзинского. Могут быть эпилептиформные припадки (возникновение судорог как генерализованных, так и локальных, связанных с раздражением коры и подкорковых структур головного мозга, не являющиеся проявлением эпилепсии). Очаговые поражения черепных нервов: III, IV, V и VI пар, несколько чаще VII, IX, X, XI и XII пар. В спинномозговой жидкости в остром периоде отмечается лимфоцитоз и повышенное содержание белка.



Хроническая (прогредиентная) форма развивается спустя месяцы или годы после острой фазы, часто вследствие персистенции вируса. Проявляется прогрессирующими неврологическими расстройствами: кожевниковской эпилепсией (миоклонические судороги), гиперкинезами, вялыми парезами. Диагноз подтверждается обнаружением специфических антител класса IgG в ликворе методом ИФА и ПЦР-диагностикой.

Для КЭ также характерно двухволновое течение, при котором после первой лихорадочной волны и периода мнимого благополучия (апирексии) развивается вторая волна, протекающая уже с признаками поражения нервной системы. Первая лихорадочная волна длится 4-7 дней, с преимущественно легким течением. Оболочечные симптомы слабо выражены, без поражения черепно-мозговых нервов. Изменений в ликворе не наблюдается. На фоне интоксикации вегетативные расстройства. Вторая лихорадочная волна начинается остро; температура тела поднимается до высоких значений. Больные имеют легкие менингеальные и очаговые симптомы поражения центральной нервной системы. Это качественно новый период, и он всегда протекает тяжелее, чем первый, и длится дольше.

У подавляющего большинства первично инфицированных больных развивается субклиническая, или стертая, форма клещевого энцефалита. Например, на территории Приморского края каждый четвертый укушенный клещом человек имеет инфекцию без клинических проявлений в виде продолжительной антигенемии вирусом в лейкоцитах и периферической крови [7, С. 217-218]. Это преимущественный путь образования иммунитета у коренного местного населения эндемичных районов. В редких случаях не обнаруженные вовремя инфекции могут переходить в длительное вирусоносительство и становиться причиной так называемой первичнопрогредиентной формы, а в дальнейшем первично-хронической инфекции клещевого энцефалита. Хронический клещевой энцефалит обоснован длительной персистенцией вируса у людей, имеющих явные симптомы



этой инфекции в течение многих лет, десятилетий или пожизненно. Преимущественно, это лица с гиперкинетическим синдромом, кожевниковской эпилепсией, боковым амиотрофическим склерозом, эпидемическим энцефалитом, арахноэнцефалитом, сирингомиелией, прогрессирующим полиэнцефаломиелитом и др. Персистенция вируса устанавливается методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Способ выявления хронической инфекции КЭ при помощи анализа вирусной РНК в исследуемых образцах крови или ткани пациента методом полимеразной цепной реакции является наиболее эффективным. По клиническим данным, частота трансформации в хроническую инфекцию составляет 4-10% к общему числу заболеваний острым клещевым энцефалитом.

Выздоровление после перенесенного острого клещевого энцефалита происходит в зависимости от формы проявления инфекции, ее тяжести.

Исследование Н. В. Моргацкого детально описывает особенности течения клещевого энцефалита у детей. У них он протекает преимущественно в виде лихорадочных (60,5%) и менингеальных (23%), реже очаговых форм (14,5%), в структуре последних до 79,4% составляет менингоэнцефалитическая форма. КЭ у детей младшего возраста протекает с меньшей продолжительностью и выраженностью общеинфекционных и общемозговых проявлений, в то время как у школьников и подростков — преобладанием менингеальных и очаговых проявлений и в 4,9% случаев хронизацией заболевания [6].

Проведенный опрос выявил существенные пробелы в знаниях будущих врачей. Только 50% респондентов смогли корректно перечислить все формы КЭ, менее половины опознавали ключевые менингеальные симптомы (Кернига — 40%, Брудзинского — 45%), и лишь 15% были знакомы с клиникой полиомиелитической формы. При этом 75% студентов осознают важность вакцинопрофилактики. Подавляющее большинство (90%) поддержали необходимость усиления



информационной работы среди населения, включая данные о редких и стертых формах заболевания.

Заключение

Формы клещевого энцефалита и их клинические проявления, включая редкие неврологические варианты, свидетельствуют о разнообразии и вариабельности течения данного вирусного заболевания. Информирование медицинских работников, проживающих на территории повышенного риска заражения природно-очаговыми инфекциями, в т.ч. клещевым энцефалитом, является одной из важнейших задач, при этом особое внимание следует уделять распознаванию угрожающих неврологических осложнений редких форм. При особых случаях пациенты могут стать инфицированными двумя и более возбудителями одновременно, что не только усложнит диагностику заболевания, но и произойдут изменения в клинике [8, С. 21-25].

Источники и литература / Sources and references:

1. Бахтеева А. В., Зуева С. А., Елгина С. И., Семенов В. А., Рохленко О. В., Рудаева Е. В., Мозес К. Б. Клинический случай клещевого энцефалита с экстрапирамидальной симптоматикой. Медицина в Кузбассе. 2025;
2. Жукова Н. Г., Лукашова Л. В., Добкина М. Н., Лепихин А. В. Классификация клещевого энцефалита. Медицина в Кузбассе. 2008
3. Иерусалимский А. П. Клещевой энцефалит. Руководство для врачей. Новосибирск. 2001.
4. Клещевой энцефалит. Под редакцией Ю. В. Лобзина, С. С. Козлова, А. П. Ускова. Руководство по инфекционным болезням с атласом инфекционной патологии. Москва. 2000. С. 164-171.
5. Коротяев А. И., Бабичев С. А. Флавивirusы. Медицинская микробиология, иммунология и вирусология. 2002. С. 301-303.



6. Моргацкий Н. В. Возрастная клинико-иммунологическая характеристика клещевого энцефалита у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург. 2006.
7. Погодина В. В. Клещевой энцефалит: решенные и нерешенные проблемы. Материалы 9-го Съезда всероссийского научнопрактического общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. Москва. 2007. С. 217-218.
8. Субботин А., В., Семенов В., А. Клинические проявления микстинфекции клещевого энцефалита и боррелиоза на территории Кемеровской области. Медицина в Кузбассе. 2008
9. Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. Москва. 2001. С. 164-168.

РОЛЬ АРТ-ТЕРАПИИ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Султонова К. Б.

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

*Ташкентский Государственный медицинский университет,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Научный руководитель – Ф. К. Шарипова

Аннотация. Полученные данные в статье подтверждают необходимость включения арт-терапевтических методик в комплексную программу реабилитации подростков с сахарным диабетом I типа. Арт-терапия демонстрирует значительный потенциал в коррекции выявленных психоэмоциональных нарушений и способствует формированию более адаптивных копинг-стратегий. Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку дифференцированных программ психологической помощи с учетом индивидуальных особенностей пациентов и стадии заболевания.



Ключевые слова: арт-терапия, сахарный диабет, копинг-стратегии, дети, тревожные расстройства, эмоциональные расстройства, депрессия.

THE ROLE OF ART THERAPY IN THE REHABILITATION PROGRAM FOR ADOLESCENTS WITH TYPE I DIABETES

Sultonova K. B.

*Department of Psychiatry, Narcology and Child Psychiatry,
Medical Psychology*

Tashkent State Medical University

Scientific supervisor – Sharipova F.K.

Abstract. The data obtained in the article confirm the need to include art therapy techniques in a comprehensive rehabilitation program for adolescents with type I diabetes mellitus. Art therapy demonstrates significant potential in the correction of identified psycho-emotional disorders and contributes to the formation of more adaptive coping strategies. Further research should be aimed at developing differentiated programs of psychological assistance, taking into account the individual characteristics of patients and the stage of the disease.

Keywords: art therapy, diabetes mellitus, coping strategist, children; anxiety disorders; emotional disorders; depression.

Введение

В структуре патологии детского и подросткового возраста сахарный диабет I типа занимает особое место как серьезная медико-социальная проблема. При этом в тени остается пласт психологических последствий данного заболевания, которые до сих пор не получили должного научного осмысления и остаются областью для дальнейших исследований. [1,5,7]. Сахарный диабет I типа — это одна из наиболее значимых медико-социальных проблем в педиатрической и подростковой практике. При этом особую актуальность приобретают вопросы психологического состояния



пациентов, которые, несмотря на свою очевидную важность, остаются областью недостаточного научного освещения.

У подростков с впервые выявленным диабетом отмечается выраженная потребность в комплексной психолого-педагогической поддержке, включающей психотерапевтическое воздействие, диагностику эмоциональных нарушений и их последующую коррекцию [2,6]. Современные исследования подтверждают высокую распространенность сахарного диабета I типа среди детского и подросткового населения, однако психологические аспекты этого заболевания остаются недостаточно изученными [4,9]. Особый приоритет в настоящее время получает изучение психоэмоциональных нарушений у таких пациентов и разработка способов их коррекции, в особенности с применением арт-терапевтических методик. В связи с этим возникает насущная необходимость в углубленном исследовании психоэмоциональной сферы пациентов и в поиске действенных инструментов для ее коррекции, где перспективным направлением видится использование арт-терапии. [3,8,10].

Цель исследования - оценка эффективности арт-терапевтических методик в коррекции психоэмоциональных нарушений у подростков с сахарным диабетом I типа с учетом особенностей их копинг-стратегий.

Материал и методы исследования

На базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии имени академика Туракулова Ё.Х. города Ташкента в 2022-2024 годах клиническим, клинико-катамнестическим и экспериментально-психологическими методами проведено обследование 116 подростков (53 мальчиков и 63 девочки), поступивших на стационарное лечение по поводу депрессивных расстройств. Критериями включения пациентов в исследование являлись: наличие психических расстройств, верифицированных согласно диагностическим критериям разделов /F92-F93/ «Расстройства поведения,



начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» V международной статистической классификации заболеваний, травм и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10); преобладание аффективных расстройств депрессивного спектра в момент обследования и наличие психоэмоциональных нарушений в структуре депрессивных расстройств и наличие верифицированного сахарного диабета первого типа.

Критериями исключения из исследования являлось наличие хромосомных aberrаций, ДЦП, заболеваний органического генеза и хронических соматических заболеваний. К моменту исследования возраст больных составлял от 14 до 18 лет. Средний возраст к моменту обследования - $14,8 \pm 1,7$ лет с верифицированным диагнозом сахарного диабета I типа. Специально разработанная карта-обследования, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования заболеваний эндокринологического профиля с учетом копинг-стратегий и уровнем тяжести психоэмоциональных расстройств. Комплексное обследование включало клинко-психопатологические методы, восьмичетовой тест Люшера и опросник копинг-стратегий И.М. Никольской и Р.М. Грановской. Пациенты были распределены по степени тяжести заболевания сахарным диабетом: 46,3% - легкая степень, 42,5% - средняя, 11,2% - тяжелая.

Результаты исследования выявили высокую частоту психоэмоциональных нарушений: депрессивные расстройства обнаружены у 96,6% подростков, тревожные - у 86,1%, фобические - у 54,7%, дисфорические - у 28,6%. На фоне гипергликемии отмечались выраженные поведенческие изменения: снижение успеваемости (58%), конфликты со сверстниками (60%), суицидальные мысли (15%). Тревожные расстройства проявлялись преимущественно в умеренной степени (67,8%), с усилением симптоматики во второй половине дня.



Анализ копинг-стратегий показал преобладание неадаптивных механизмов психологической защиты: отрицание, вытеснение, компенсация и реактивное образование. Наиболее часто использовались стратегии аффективного отреагирования с экстрапунитивными реакциями, восстановление физических сил через сон и вербализацию переживаний. На следующем этапе исследования проводилась оптимизация терапевтической тактики в виде использования интегративных методов арт-терапии- исцеления творчеством. Совместно с психологами и психотерапевтами были проведены групповые и индивидуальные сеансы арт-терапии в отделениях эндокринологического профиля в течении двух месяцев госпитализации детей младшего школьного возраста (рис.1).



Рис.1. Групповые и индивидуальные сеансы арт-терапии.

Во время сеансов также практиковалось проведение рациональной психотерапии с разъяснением необходимости соблюдать диету, режим дня, вовремя принимать лекарственные препараты и выполнять врачебные рекомендации. Применялась в основном техника раскрашивания с помощью акварельных красок,



как наиболее доступной и удобной в применении у детей школьного возраста. Подростки с удовольствием выполняли инструкции психотерапевта, при раскрашивании использовали различные гаммы красок, на фоне проводимой арт-терапии улучшались коммуникационные способности пациентов, эмоциональный настрой изменялся в положительную сторону. Практически у всех подростков (98,8%) отмечалась положительная динамика в виде снижения уровня тревожности и степени тяжести депрессии. Пациенты во время сеансов арт-терапии учились строить межличностные взаимоотношения с участниками групповых занятий, тем самым улучшали навыки коммуникационного общения, умения строить диалог и налаживать дружеские связи со сверстниками.

Творческий подход к занятиям с подростками проявлялся и в методах комбинированной арт-терапии, когда подросткам предлагалось усложнить задания, украшая раскрашенные трафареты аппликациями из зёрен маша, фасоли, чечевицы, гречки и риса. Этот этап арт-терапии с использованием акварели, гуаши и различных круп (фасоли, гороха, чечевицы, маша, риса, гречки) действительно эффективен для развития нескольких важных навыков у подростков: мелкая моторика и координация – раскрашивание и приклеивание мелких зёрен тренирует точность движений, что особенно полезно для развития тонкой моторики.

Усидчивость и концентрация внимания – работа с мелкими деталями требует терпения и сосредоточенности, что помогает подросткам учиться управлять своим вниманием. Сенсорная интеграция – взаимодействие с разными фактурами (краска, клей, крупы) стимулирует тактильное восприятие. Креативность и самовыражение – раскрашивание и декорирование позволяют проявить фантазию, а также могут служить инструментом для эмоциональной разгрузки.

Расширение кругозора – знакомство с разными видами круп может стать поводом для обсуждения их происхождения, использования в кулинарии и сельском хозяйстве. Такой формат арт-терапии снижает уровень стресса, так как сочетает в



себе элементы медитативной работы (монотонные действия с крупами) и творчества. Продукция творческой деятельности обследуемых пациентов вывешивалась на стендах в больничных коридорах для всеобщего обозрения и обсуждения. Родители принимали активное участие в обсуждении выполненных творческих работ и высоко оценивали креативные рисунки своих детей. Это способствовало повышению самооценки у детей, поднимало настроение и укреплялись детско-родительские взаимоотношения. Для редукции психоэмоциональных изменений у подростков проводились групповые и индивидуальные занятия медицинскими психологами и психотерапевтами по специально разработанной реабилитационной программе с применением современных арт-технологий, а также сеансы семейной психотерапии (рис.2).





Рис.2. Творчество детей.

Заключение

Результаты исследования обосновывают целесообразность интеграции арт-терапевтических методов в реабилитацию подростков, страдающих сахарным диабетом I типа. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности данного подхода в нивелировании психоэмоциональных расстройств и развитии у пациентов более продуктивных механизмов совладания со стрессом. Перспективным направлением представляется создание персонализированных программ психологической поддержки, учитывающих специфику течения болезни и личностные характеристики пациентов.

Арт-терапия нужна в программах реабилитации подростков с диабетом I типа, так как она эффективно корректирует их эмоциональное состояние и учит лучше справляться с трудностями, помогает им справляться с тревогой и стрессом и находить новые, более здоровые способы борьбы с болезнью. Поэтому такие методики стоит включать в программу реабилитации. В будущем важно разрабатывать индивидуальные подходы, ориентированные на конкретного пациента.

Источники и литература/ Sources and references:

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



2. Babarakhimova S.B., Sharipova F.K. Efficacy using the psychology and pedagogical help to teenagers with diabetes of the 1st type // Education and Psychology. No 3 (2017) pp. 77-80
3. Babarakhimova S.B., Sharipova F.K. The psychology and pedagogical help to teenagers with diabetes of the 1st type // Personality in Changing World: Health, Adaptation, Development. No 3 (18) 2017, pp. 381-390
4. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psychodiagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5(2020) pp.24-27
5. Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V. Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents – Indian Journal of Forensic medicine & Toxicology. VOL 14, No 3(2020) pp.7258-7263.
6. Sattarov T.F. Optimization of the rehabilitation of patients with paranoid schizophrenia/ Sciences of Europe .VOL 1, No 127 (2023) pg. 7-8
7. Sattarov T.F., Babarakhimova S.B. Early detection of teenage depression // Вестник интегративной психологии // Журнал для психологов. Вып. 29. /Под ред. В.В.Козлова, Ш.Р. Баратова, М.Н.Усмановой. – Бухара - Ярославль: МАПН, 2023. – 429 с.; с.328-321
8. Sultonova K.B. Medical and psychological aspects of psychotherapy in adolescents with diabetes mellitus/ Sciences of Europe. VOL 1, No 64 (2021) pg. 30-32
9. Sultonova K.B. Study of the spectrum of emotional pathology in adolescents with type I diabetes mellitus/ Norwegian Journal of development of the International Science No 56/2021 42-45 p
10. Zhang J., Huen J.M.Y., Lew B., et al. Depression, anxiety, and stress as a function of psychological strains: Towards an etiological theory of mood disorders and psychopathologies. Journal of Affective Disorders. 2020; 271: 279-285. DOI: 10.1016/j.jad.2020.03.076



**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПЕРЕЖИВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ОДИНОЧЕСТВА
И СПОСОБЫ ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ 1–4 КУРСОВ**

Танаева А. Қ, Қоблан М. А., Абайжан Р. С.

Кафедра психологии

*Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
имени Марата Оспанова, Республика Казахстан, г. Актобе*

Научный руководитель: м.п.н., А. А. Дуйсенова

Аннотация. В студенческие годы каждый учащийся сталкивается с множеством вызовов, требующих либо преодоления, либо адаптации к возникающим сложностям и препятствиям. Непредсказуемость, интенсивность и неоднозначность учебного процесса и самой жизни ставят человека перед необходимостью поиска оптимальных решений в трудных и конфликтных ситуациях, а также при столкновении с различными кризисами, как личными, так и материальными.[1] Способность справляться с трудностями, управлять своими эмоциями и поведением в подобных обстоятельствах определяется как копинг-поведение. Отсутствие поддержки в сложный период может вызвать у человека чувство изоляции и беспомощности, что, вероятно, приведет к снижению его адаптационных способностей.[2]

Ключевые слова: одиночество, студенты, переживание, причины, проявления, преодоление, адаптации.

**PSYCHOLOGICAL FEATURES OF EXPERIENCING THE STATE
OF LONELINESS AND WAYS TO OVERCOME
IT IN STUDENTS OF 1-4 COURSES**

Tanaeva A.K., Koblan M. A., Abayzhan R. S.

Department of Psychology

*West Kazakhstan State Medical University named after Marat Ospanov, Aktobe,
Republic of Kazakhstan*

Scientific supervisor: M.P.N., Duisenova A. A.



Abstract. As a student, every student faces many challenges that require either overcoming or adapting to the difficulties and obstacles that arise. The unpredictability, intensity and ambiguity of the educational process and life itself put a person in front of the need to find optimal solutions in difficult and conflict situations, as well as when faced with various crises, both personal and material.[1] The ability to cope with difficulties, manage their emotions and behavior in such circumstances is defined as coping behavior. Lack of support during a difficult period can cause a person to feel isolated and helpless, which is likely to lead to a decrease in their adaptive abilities.[2]

Keywords: loneliness, students, experience, causes, manifestations, overcoming, adaptation.

Введение

Несмотря на возникающие трудности, студент может сталкиваться с чувством одиночества. Это состояние нередко сопровождает период адаптации к новым условиям обучения и жизни. Проблема одиночества по-прежнему остается одной из центральных тем современной психологии, так как она затрагивает эмоциональное и социальное благополучие личности. Ощущение одиночества может вызывать у человека сильные отрицательные переживания — тревогу, грусть, раздражительность.[3] Если это состояние становится хроническим, оно способно значительно ухудшать качество жизни, снижать учебную мотивацию, концентрацию внимания и способность к самореализации. Исследователи рассматривают одиночество как сложное и многогранное явление.[4] Его описывают и как внутреннее переживание, и как особое психоэмоциональное состояние, отличающееся субъективностью восприятия. Каждый человек испытывает одиночество по-своему: для одних оно становится стимулом к саморазвитию, для других — источником страданий и эмоционального истощения.[5]



Объекты и методы исследования: В проведенном наблюдательном исследовании участвовали 53 студента факультета «Общей медицины» Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова, предоставивших письменное согласие на участие. Со студентами было проведено анкетирование, в ходе которого собирались данные о влиянии окружающих на учащихся, об их успехах в учебе и, в частности, об их опыте одиночества. Анкета включала в себя 5 разделов, каждый из которых содержал по 3-4 вопроса. Участники исследования должны были ответить на все вопросы, при этом один из вопросов был ключевым для оценки состояния студентов. Студенты предоставляли информацию о своем возрасте, поле, курсе и группе.

Результаты: Анализ анкетирования студентов о психологических особенностях переживания состояния одиночества, причины одиночества, эмоциональное проявление, социальную адаптацию и ресурсы, влияющих на их жизнь и успеваемость к учебе, приводит к таким результатам:

Причины одиночества: 1. Основная причина моего одиночества — высокая учебная нагрузка:

53 ответа





Переживание состояния одиночества: 1.Я

часто чувствую себя одиноким, даже находясь среди людей:

53 ответа

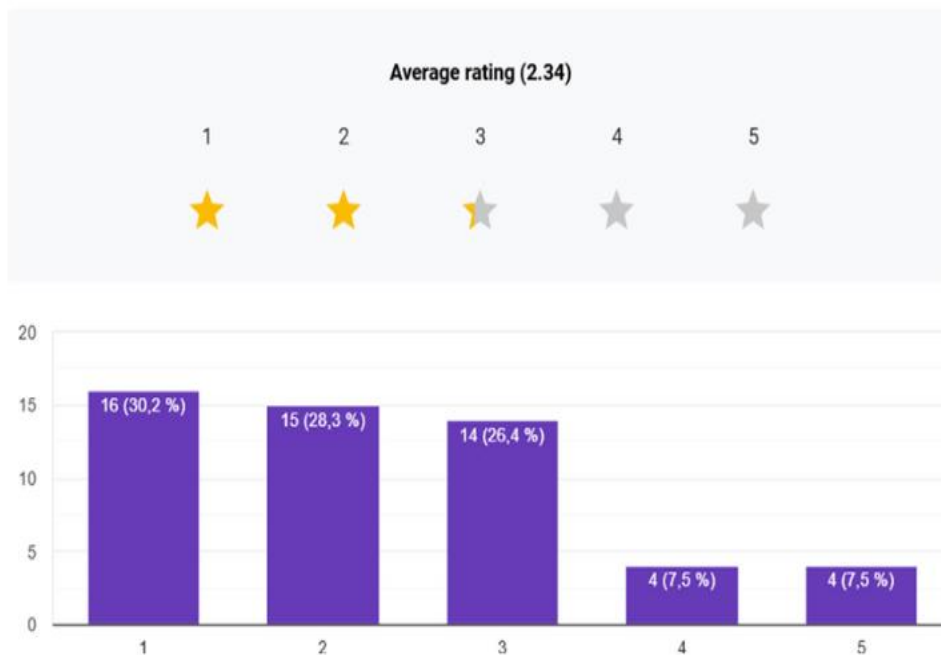


Рис.1.

Переживание
одиночества:

Причины

Эмоциональные проявления:

1.Когда я чувствую себя одиноким, у меня снижается настроение и мотивация к учёбе:

53 ответа

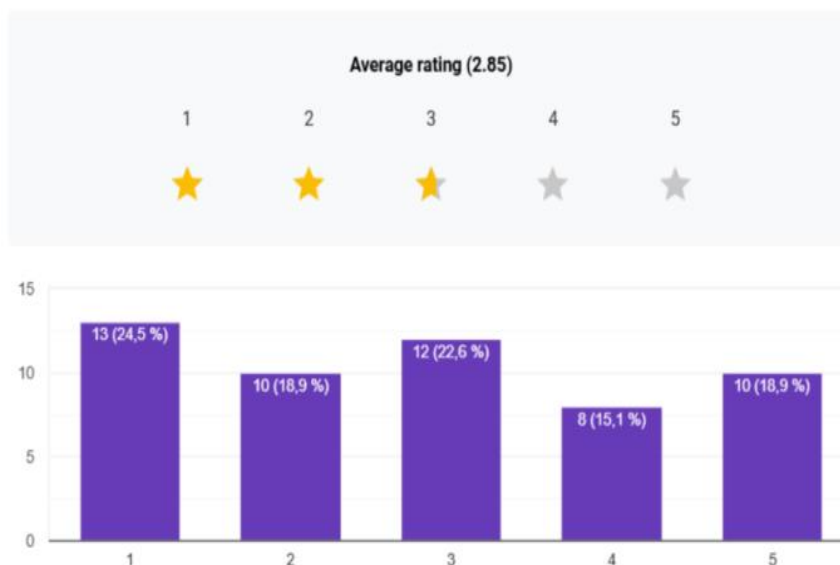


Рис.2.

одиночества



ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ XXI ВЕКА:

первые шаги в науку
и практику



Способы преодоления одиночества:

1. Я стараюсь справиться с одиночеством через хобби, музыку или спорт:

53 ответа

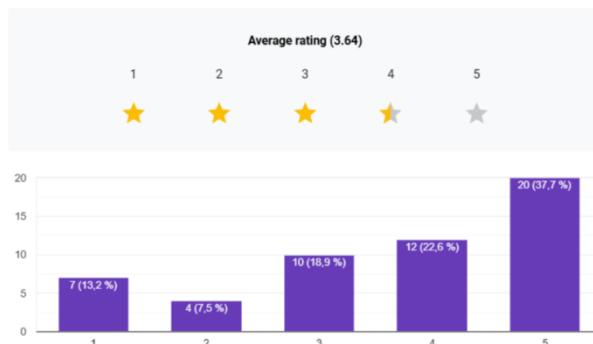


Рис.3. Эмоциональные проявления:

Способы преодоления одиночества

Социальная адаптация и ресурсы:

1. Я чувствую себя частью студенческого коллектива:

53 ответа

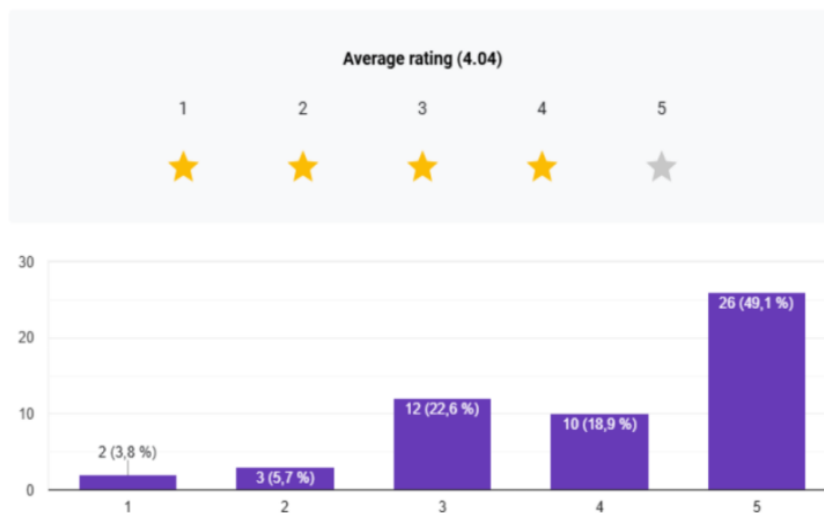


Рис.4.

Рис. 5. Социальная адаптация и ресурсы:



Итого, 100 % опрошенных (53 человека) заявили, что умеют справляться с одиночеством и сохранять внутреннее равновесие.

Итоговый самооценочный вопрос:

В целом я умею справляться с одиночеством и сохраняю
внутреннее равновесие:

48 ответов

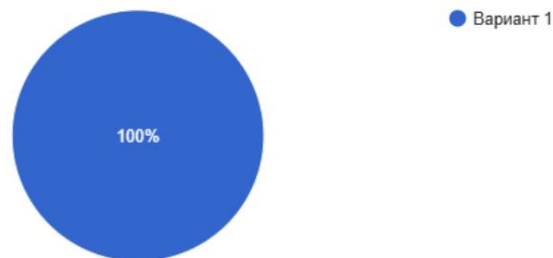


Рис.6.

Заключение

Анализ результатов анкетирования показывает, что значительная часть студентов обладает развитыми личностными и социальными ресурсами, которые помогают им эффективно преодолевать чувство одиночества и адаптироваться к университетской среде. Эти ресурсы выражаются в умении устанавливать позитивные отношения с окружающими, поддерживать внутреннее равновесие и сохранять эмоциональную устойчивость в различных жизненных ситуациях. Однако у части обучающихся (примерно у 20–30%) выявляются определённые затруднения в налаживании близких контактов и ощущении поддержки со стороны других людей. Некоторые студенты испытывают чувство отчуждения, неуверенность в общении, внутреннюю напряжённость и трудности в выражении своих чувств. Подобные переживания могут усиливаться в периоды адаптации, повышенной учебной нагрузки или личных трудностей, что требует внимания со стороны психологов и преподавателей.



Полученные данные подчёркивают необходимость расширения комплекса мероприятий, направленных на укрепление психологического благополучия студентов. К ним можно отнести групповые тренинги по развитию коммуникативных навыков, программы взаимопомощи и волонтёрские проекты, способствующие формированию чувства принадлежности к университетскому сообществу. Такие формы активности создают условия для эмоциональной поддержки, укрепления уверенности в себе и повышения общего уровня адаптированности.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Барсукова, С. В. Одиночество как социальный феномен современного общества / С. В. Барсукова, С. М. Барсуков // Современные прикладные исследования. – 2021. – С. 45- 51.

2. Каянова, 2016 — Каянова А. В. Проблема одиночества в философии. Владимирский Государственный Университет, 2016. С. 2270

3. Ледовская, О. Н. Проблема исследования особенностей переживания одиночества / О. Н. Ледовская // Наука молодых – наука будущего. – 2023. – С. 309-312.

4. Лиджиева О. А., Бейшембиева А. Д., Лиджиев П. Г, Бембетова Б. С., Арджения Я. Т. Проблема одиночества в работах отечественных и зарубежных психологов Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2019. Т. 8, № 3А. С. 247–256.

5. Муртазина И. Р. Представления об одиночестве и особенности его переживания в разные периоды взрослости [Электрон. ресурс] // Мир науки. Педагогика и психология. 2021. № 3. Режим доступа: <https://mir-nauki.com/PDF/42PSMN321.pdf> (дата обращения: 10.09.2021).



ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ – СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Темирова Г. А., Бактыгалиева Н. Т.

Кафедра гистология

Некоммерческое акционерное общество

«Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»

Республика Казахстан, г. Актобе

Научный руководитель - к.м.н., профессор кафедры Г.А. Темирова

Аннотация. В данной статье рассмотрены результаты анкетирования студентов 1-3 курсов специальности «Общественное здоровье и здравоохранение». Результаты анкетирования раскрыли различные аспекты психосоциального реагирования на эмоциональную устойчивость событий. Полученные данные способствуют рассмотреть собственное отношение к социальным сетям, психоактивным веществам и как реагировать при нестабильности психического состояния. Приведены примеры открытых вопросов при стрессе и тревоге во время учебного процесса в Университете и как с ним нужно справляться. При этом обучающиеся хорошо разбираются в понятии «Психическое здоровье».

Ключевые слова: анкетирование, психическое здоровье, эмоциональная устойчивость, психоактивные вещества, социальные сети, психологические аспекты.

THE IMPACT OF SOCIAL FACTORS ON THE MENTAL HEALTH OF MEDICAL STUDENTS

G. A. Temirova, N. T. Baktygalieva

Department of Histology

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,

Republic of Kazakhstan, Aktobe

Supervisor: G. A. Temirova, PhD, Professor



Abstract. This study investigates the psychosocial responses to emotional stability among undergraduate students in the fields of Public Health and Healthcare, spanning their first to third years of study. The analysis of survey data elucidates multifaceted dimensions of emotional well-being, highlighting the significance of individual attitudes toward social media usage, psychoactive substance consumption, and strategies for managing mental instability. Illustrative examples of open-ended questions pertaining to stress and anxiety during the academic process at the university, along with coping mechanisms, are provided. Furthermore, the study reveals a robust understanding of the concept of "mental health" among the student population.

Keywords: survey, mental health, emotional stability, psychoactive substances, social media, psychological aspects.

Введение

В последнее время отмечается нарушение психосоматического настроения у обучающихся. При том, некоторые из них, не имеют возможности раскрыть свой потенциал как в учебе, так и в социуме. По ключевым словам, «survey, mental health, emotional stability» в ресурсе PubMed получены 120 работ за период 2024-2025 годы. Ряд исследователей Zhang Z, Lv L, Guan S, Jiang F, He D, Song H, Sun W, Tian F, Jiang S. (Китай) выявили что уровень сывороточного апополипротеина В (АpoB) положительно коррелировал с повышенным риском депрессии, однако МР-анализ не выявил генетической причинно-следственной связи между АpoB и депрессией [1, С.317]. Также исследователи Дании отметили, что пациенты с нестабильным течением средней степени тяжести при атопическом дерматите имели более выраженную тяжесть симптомов по сравнению с пациентами со стабильным течением заболевания ($p = 0,03$). Это подчеркивает важность долгосрочного характера обострений при принятии клинических решений [2, С.].



Объекты и методы исследования

Объектами исследования являются 30 студентов 1-3 курсов в 2025-2026 учебном году специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» НАО ЗКМУ имени М. Оспанова.

Метод исследования является заочное анкетирование (онлайн) и заполнение смешанной анкеты проводилось через Googl Form на тему «Психическое здоровье и эмоциональная устойчивость молодежи: социальные и психологические аспекты». В опросе приняли участие студенты: 43,3% - 1курса, 23,3% - 2курса и 33,3% - 3курса. Возраст участников варьировался от 18 до 25 лет. Анкета представлена десятью вопросами и сочетали как закрытые (с 1-2, 4-5, 7-10) и открытые (3 и 6) типы. Полнота охвата респондентов составила выборочный вариант. Вспомогательными методами исследования при получении результатов анкетирования для их анализа и интерпретации были: сравнительный анализ полученных данных и статистическая обработка результатов анкетирования.

Результаты анкетирования раскрыли различные аспекты психосоциального реагирования на эмоциональную устойчивость событий. Полученные данные способствуют рассмотреть собственное отношение к социальным сетям, психоактивным веществам и как реагировать при нестабильности психического состояния. Приведены примеры открытых вопросов при стрессе и тревоге во время учебного процесса в Университете и как с ним нужно справляться. При этом обучающиеся хорошо разбираются в понятии «Психическое здоровье».

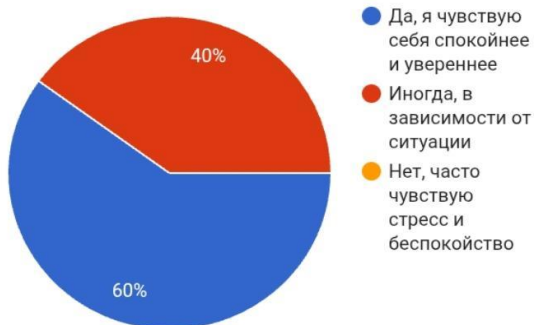
Результаты и их обсуждение

В целом, результаты исследования подтверждают необходимость комплексного учета социальных и психологических факторов для сохранения и укрепления психического здоровья студентов. Также актуально внедрение специальных программ и тренингов для снижения рисков, связанных с социальными сетями, психоактивными веществами и интернет-зависимостью. Кроме того,



повышение доступности психологической поддержки в университетах способствует укреплению стрессоустойчивости студентов и формированию позитивного эмоционального климата в учебной среде.

Чувствую ли вы себя психологически устойчивым в последнее время?
30 ответов



2. Как вы думаете, как социальные сети влияют на ваше психическое здоровье?
30 ответов

 Копировать диаграмму

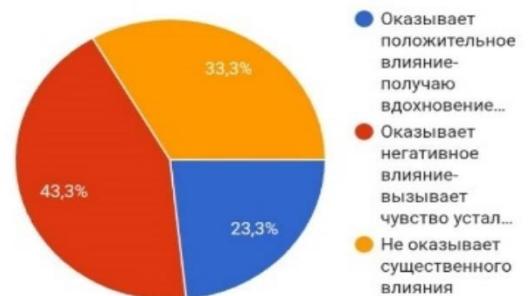


Рис 1. Тема: ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ – СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА (анкета 10 вопрос, 1-2 вопрос-ответ рис.)

Выявлено, что большинство студентов осознают важность психического здоровья и готовы участвовать в мероприятиях, направленных на его сохранение. Однако часть респондентов отметила недостаток информации и практических навыков по управлению стрессом, что свидетельствует о необходимости системной работы по повышению психологической грамотности и развитию профилактических программ.



Таким образом, организация комплексных научно-обоснованных мероприятий по укреплению психического здоровья студентов, включая повышение психологической грамотности, профилактику эмоционального выгорания и расширение поддержки в преодолении стресса и тревоги, имеет большое значение. Это, в свою очередь, способствует улучшению учебных результатов, формированию здоровой студенческой среды и повышению качества личной и социальной жизни молодежи.

Таблица-1. Психическое здоровье и эмоциональная устойчивость молодежи: социальные и психологические аспекты.

Показатель	Количество	Процент (%)
1. Психически устойчивые студенты	18	60%
2. Часто испытывающие стресс	8	26.7%
3. Студенты, зависимые от соцсетей и интернета	3	10.0
4. Обращающиеся за психологической помощью	1	3,3

Заключение

В ходе исследования было выявлено тесное взаимосвязь между психическим здоровьем и эмоциональной устойчивостью студентов 1-3 курсов Западно-Казахстанского медицинского университета имени М.Оспанова и социальными факторами. Результаты анкетирования показали, что большинство студентов способны справляться с психологическим стрессом и напряжением, однако признают возможное негативное влияние социальных сетей, психоактивных веществ и интернет-зависимости на психическое благополучие. Важно, что



студенты хорошо осведомлены о понятии «психическое здоровье», что открывает большие возможности для развития психологической поддержки. Они применяют различные методы для преодоления стресса и тревоги, а также высоко оценивают необходимость мероприятий, направленных на поддержание психической устойчивости в учебном процессе (встречи с психологом, арт-терапия, спортивные и творческие клубы).

Ответы относительно влияния социальных сетей и психоактивных веществ были неоднозначными, что подчеркивает важность системной профилактики и поддержки. Большинство студентов готовы своевременно обращаться за помощью, что является важным показателем для совершенствования психологических служб университета.

Благодарности. Благодарим студентов 1-3 курсов специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» за активное участие в проведении анкетирования и их открытых и достоверных собственных данных о психическом здоровье. Благодаря им наше исследование реализовалось и их содействие привело к полученным фактическим результатам. Также высоко оценивается стремление студентов к науке и их вклад в улучшение психического здоровья молодёжи.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Zhang Z, Lv L, Guan S, Jiang F, He D, Song H, Sun W, Tian F, Jiang S. Association between serum apolipoprotein B and depression: A cross-sectional and Mendelian randomization analysis study. J Affect Disord. 2025 Feb 15;371:315-323. doi: 10.1016/j.jad.2024.11.055. Epub 2024 Nov 22. PMID: 39579872.

2. Nymand LK, Nielsen ML, Christensen MO, Thomsen SF, Thyssen JP, Egeberg A. Impact of Long-term Stability on Mental Health in Adults with Atopic Dermatitis: A Cohort Study with Unsupervised Cluster Analysis. Acta Derm Venereol.



2025 Jul 1;105:adv43071. doi: 10.2340/actadv.v105.43071. PMID: 40590419; PMCID: PMC12235569. [2]

3. Kundu K, Das A, Kachhawaha G, Jhajharia S, Kaur B, Mudgal K, Sharma C, Neupane D, Khan Z, Kant R, Bairwa M, Kumar S, Routhu B, Kumar R, Singh M, Gupta R. Mental health and sleep routines: Uttarkashi, India tunnel collapse workers' experience. *Sleep Med.* 2025 Feb; 126:329-335. doi: 10.1016/j.sleep.2024.12.017. Epub 2024 Dec 16. PMID: 39730236.

4. Zhang ZC, He YY, Liu YH, Yao KM, Li WG, Gao R, Yang Y. Network analysis of depression, insomnia and internet addiction symptoms in Chinese college students. *J Affect Disord.* 2025 Dec 1; 390:119805. Doi: 10.1016/j.jad.2025.119805. Epub 2025 Jun 30. PMID: 40602540.

5. Zheng K, Chen Z, Chen B, Tao Z, Yu L. The relationship between mental health, adolescent life events, and childhood trauma in middle school students: A network analysis model. *Acta Psychol (Amst).* 2025 Oct;260:105540. doi: 10.1016/j.actpsy.2025.105540. Epub 2025 Sep 6. PMID: 40915163.

6. Yang X, Yang Y, Yang J, Ni J, Li H, Mu X, Wang C. Short sleep duration and daytime outdoor activities effects on adolescents mental health: A stress susceptibility-recovery model analysis. *J Affect Disord.* 2025 Aug 1;382:428-437. Doi: 10.1016/j.jad.2025.04.085. Epub 2025 Apr 22. PMID: 40274127.[

7. Leiter N, Luk JW, Stangl BL, Gunawan T, Schwandt ML, Goldman D, Diazgranados N, Ramchandani VA. History of Alcohol Use Disorder and Housing Instability as Predictors of Fatigue and Mental Health Problems During the COVID-19 Pandemic. *Prev Sci.* 2025 Feb;26(2):271-281. Doi: 10.1007/s11121-025-01784-0. Epub 2025 Feb 11. PMID: 39932641; PMCID: PMC11891101.

8. Prylypko VV, Morozova MM, Ozerova YY, Iskra NI. PSYCHOSOCIAL STRAIN IN POPULATION OF THE NPP SURVEILLANCE ZONE UNDER THE



WARTIME POSTURE. Probl Radiac Med Radiobiol. 2024 Dec;(29):163-181. English, Ukrainian. doi: 10.33145/2304-8336-2024-29-163-181. PMID: 39724616.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Теряник Е. 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 данной статье рассматриваются современные подходы к оценке качества жизни, уровня удовлетворенности и субъективного благополучия у лиц с психическими расстройствами, что является результатом принятия решений, субъективные критерии которых могут варьироваться как в норме, так и в контексте психических заболеваний. Понятия удовлетворенности жизнью, счастья и качества жизни интерпретируются как конкретные аспекты интегративного феномена психологического благополучия, который разрабатывается в рамках различных научных парадигм.

Ключевые слова: качество жизни, психическое здоровье, шизофрения.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MENTAL ILLNESS. A LITERATURE REVIEW

Teryanik E. A.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: G.V. Akimenko

Abstract. This article examines contemporary approaches to assessing quality of life, satisfaction, and subjective well-being in individuals with mental disorders, which are the



result of decision-making, the subjective criteria of which can vary both in health and in the context of mental illness. The concepts of life satisfaction, happiness, and quality of life are interpreted as specific aspects of the integrative phenomenon of psychological well-being, which is developed within various scientific paradigms.

Keywords: quality of life, mental health, schizophrenia.

Понятие «качество жизни» (КЖ) в медицине — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии. В современной медицине распространён термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (англ. health related quality of life, HRQL). Он обозначает оценку параметров, ассоциированных и не ассоциированных с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.

Содержание понятия «качество жизни» является принципиальным, так как в значительной степени определяет предмет и методы исследования, а также возможности клинической интерпретации полученных результатов. Дискуссии о содержании этого понятия ведутся до настоящего времени. В международной научной периодике можно встретить более 20 различных

формулировок, описывающих качество жизни человека. Приведем определение Группы изучения качества жизни при Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): «Качество жизни — восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [11].

Другое распространенное определение качества жизни предложено в Центре изучения результатов лечения (Чикаго, США):



«Качество жизни — оценка больным уровня функционирования и удовлетворенность своим функционированием в сравнении с максимально возможным» [12]. В отечественных медицинских изданиях также можно встретить различные определения качества жизни от лаконичных — «Качество жизни — это степень комфортности человека как внутри, так и в рамках своего общества» — до пространных и неопределенных – «Качество жизни весьма широкое и неоднозначно трактуемое понятие. Качество жизни определяется, прежде всего, оценкой самим больным степени удовлетворенности различными аспектами своей жизни в связи с реальными или ожидаемыми изменениями, обусловленными болезнью и ее последствиями, а также связанными с процессом врачебного наблюдения и лечения» [13].

Наиболее конкретным и точным является следующее: «Качество жизни - интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии» [4, 14]. Это определение понятия «качество жизни» логично и структурно связано с дефиницией здоровья, данной ВОЗ: «Здоровье — это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания» [15]. Соответственно, в формулировке понятия качества жизни отражены три ключевые категории, которые лежат в основе представлений о здоровье человека: физическое, психологическое и социальное функционирование. Итак, основные составляющие, описывающие качество жизни человека, идентичны основным составляющим здоровья.

Это обстоятельство позволяет высказать сомнение в целесообразности выделения особого понятия «качество жизни, связанное со здоровьем», широко распространенного у зарубежных авторов.

Как следует из определения, качество жизни человека всегда связано со здоровьем, так как, по существу, является оценкой здоровья, основанной на



субъективном мнении индивидуума. При этом следует заметить, что в понятие «качество жизни» включен такой аспект, как социальное функционирование, который нельзя отнести к категориям, описывающим здоровье. Но этот аспект сам по себе не описывает и качество жизни человека, а является лишь фрагментом в интегральной конструкции, опирающейся на три составляющие — физическую, психологическую и социальную.

Таким образом, можно обсуждать отдельно физический, психологический или социальный аспект качества жизни, фокусируя внимание на соответствующих специфических признаках рассматриваемой функции. Однако если предметом изучения является качество жизни как интегральная характеристика, то она всегда будет связана со здоровьем, что следует из базового определения.

Психические заболевания в настоящее время являются одной из основных причин инвалидизации больных, особенно пациентов трудоспособного возраста. Уровень утраты трудоспособности в связи с психическими расстройствами в мире в среднем достигает 12–15% [1]. Среди заболеваний, в первую очередь приводящих к инвалидности, можно отметить шизофрению и умственную отсталость [3]. Согласно данным ВОЗ, шизофрения поражает больного на пике активности и является одной из самых частых причин нетрудоспособности в мире среди лиц молодого возраста [2, 4]. Психические расстройства обуславливают 12% бремени болезней во всем мире. Ожидается, что этот показатель будет расти и достигнет 15% лет жизни, утраченных вследствие инвалидности, к 2020 году [7].

В последние десятилетия наблюдается глобальный тренд на повышение интереса к вопросам социального функционирования и качества жизни пациентов, страдающих психическими расстройствами, включая шизофрению. Этот интерес был всесторонне рассмотрен и подтвержден в многочисленных исследованиях, проведенных как отечественными, так и зарубежными специалистами. Среди них можно выделить работы таких авторов, как Гурович И.Я. с коллегами (1994, 1998),



Зайцев Д.А. (2001), Мовина Л.Г. (2005), Султанов М.Г.А.О. (2005), Митрофанова О.И. (2008), а также зарубежные исследования, выполненные Katschnig H. (1998), Karow A. и коллегами (2002), Bryson G. и соавторами (2002), Hansson L. и другими (2003).

Особое внимание в научных публикациях уделяется изучению различных аспектов социально-трудовой, профессиональной и семейной адаптации пациентов с шизофренией. Эти исследования охватывают широкий спектр форм и типов течения заболевания. Значительный вклад в эту область внесли отечественные ученые, такие как Альтман А.Д. (1970), Круглова Л.И. (1981), Богдан А.Н. (1983), Аграновский М.Л. и Сарсембаев К.Т. (1984), Кабанов М.М. (1978, 1985), Буркин М.М. (1987), Анашкина Л.М. (1989), а также зарубежные исследователи, включая Gmur M. (1986) и других.

Исследование отечественной и зарубежной литературы, посвященной теоретическим аспектам качества медицинской и психиатрической помощи, свидетельствует о значительной трансформации концепции качества в данной области. Если в начале 1980-х годов понятие «качество медицинской/психиатрической помощи» трактовалось весьма широко, включая практически все аспекты, от эстетики внешнего вида персонала до манер общения врача (L.J. Phillips, 1980), то впоследствии оно приобрело более узкую и специализированную направленность, например, в контексте соответствия медицинской помощи установленным стандартам (W.R. Fifer, 1980; M.A. Fauman, 1992).

Социологический опрос руководителей психиатрических учреждений выявил значительную неоднородность в интерпретации данного понятия. Некоторые из них определяют качество психиатрической помощи как конечный результат, достигнутый в процессе оказания услуг, в то время как другие акцентируют внимание на степени соответствия услуг текущему состоянию пациента. В некоторых ответах качество психиатрической помощи трактуется как комплексный подход, охватывающий все уровни обеспечения качества и способствующий достижению максимально



возможного результата у пациента. Ряд респондентов основывают определение качества психиатрической помощи на динамике статистических показателей [8].

Многозначность интерпретации понятия «качество медицинской/психиатрической помощи» обусловлена, с одной стороны, сложностью самого термина «качество», который по-разному интерпретировался исследователями в различные исторические периоды. В философском контексте качество представляет собой существенную определенность явления, процесса или предмета, которая отличает его от других явлений, процессов или предметов и проявляется в совокупности его свойств или характеристик. Также качество можно рассматривать как степень достоинства, ценности или пригодности вещи, действия или процесса, что определяет их соответствие потребностям. В этом смысле качество может варьироваться от низкого до высокого уровня, что позволяет его измерять. В соответствии с определением Международной организации по стандартизации (ИСО), качество представляет собой совокупность характеристик объекта, которые определяют его способность удовлетворять установленные или предполагаемые потребности (ИСО серии 9000 и 10 000).

С другой стороны, трудности в определении качества психиатрической помощи связаны с ее многогранностью и комплексностью [11]. Психиатрическая помощь является важным социальным явлением, в котором заинтересованы различные социальные группы, включая пациентов, их родственников, медицинских работников, органы управления здравоохранением, страховые компании и общество в целом. Эти участники образуют функционально связанную систему, каждая из которых имеет свое представление о психиатрической помощи и ее качестве.

Исследование, проведенное отделом организации психиатрических служб НЦПЗ РАМН совместно с Университетом штата Висконсин (В.Г. Ротштейн, М.Н. Богдан, 2000), показало, что ожидания различных социальных групп относительно работы психиатрических учреждений значительно различаются, так же как и



представления о целях психиатрической помощи на разных этапах ее оказания. По данным А.Ю. Сосновского (1995), пациенты ожидают, что оказываемая помощь будет соответствовать их потребностям, взаимоотношения с профессионалами будут удовлетворительными, а результат помощи будет быстрым и ощутимым.

Социологический опрос руководителей психиатрических учреждений выявил, что для медицинских работников и других специалистов наиболее важными характеристиками качества психиатрической помощи являются современный уровень технологического обеспечения, структура службы, включая финансирование и кадровый состав [9]. Руководители здравоохранения, страховых компаний и государства акцентируют внимание на эффективности использования средств и вкладе службы в снижение трудовых потерь. Общество, в свою очередь, в первую очередь интересуется уровнем психического здоровья, доступностью психиатрических услуг и минимизацией стигматизации больных [7, 10].

Таким образом, при определении понятия «качество психиатрической помощи» необходимо учитывать интересы всех участников данной функциональной системы. На основании вышеизложенного, предлагаемая концепция основывается на следующем определении: качество психиатрической помощи представляет собой меру соответствия ее характеристик потребностям всех заинтересованных сторон. Высокий уровень качества психиатрической помощи характеризуется удовлетворенностью всех участников.

Одним из ключевых принципов предлагаемой концепции является «принцип иерархии потребностей». Этот принцип подразумевает, что в иерархической системе участников и их потребностей приоритет принадлежит пациенту и его семье, за ними следуют медицинские работники и другие специалисты, затем общество и, наконец, государство, страховые компании и органы управления здравоохранением. Потребности пациента и его семьи включают не только медицинские аспекты, но и широкий круг социальных ролей, физическую безопасность, достаточный доход,



адекватное жилье, контакт с близкими, соседями и друзьями. Таким образом, психиатрическая помощь должна быть направлена не только на устранение психопатологической симптоматики или ее редукцию, но и на поддержку пациента и его семьи в повседневной жизни.

Для оценки и сравнения качества психиатрической помощи необходимо:

- 1) идентифицировать потребности в помощи и перевести их в количественные или качественные требования к качеству - критерии, стандарты, на основании которых будет проводиться измерение качества оказанных услуг;
- 2) сопоставить характеристики фактически оказанной психиатрической помощи с вышеупомянутыми измерителями и гарантам качества.

Критерии, индикаторы и стандарты для контроля и оценки качества должны разрабатываться с учетом трех классических категорий - структуры, процесса и результата (А. Donabedian, 1988; J.M. Bertolotte, 1993), которые являются удобными и надежными ориентирами при управлении качеством.

При этом критерии, стандарты и индикаторы должны дифференцироваться в зависимости от уровня психиатрической помощи - пациент и его семья, помощь в учреждении, деятельность врача или среднего медицинского работника, уровень региона или страны. Это обусловлено тем, что для каждого уровня существуют свои цели и задачи в области обеспечения качества психиатрической помощи.

Несмотря на обширную научную базу и множество проведенных исследований, проблема ресоциализации пациентов с шизофренией остается актуальной и далекой от окончательного решения.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Акопов Л.М. Клиническая и социально-демографическая сравнительно-возрастная характеристика контингента больных психоневрологического интерната // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. № 3. С. 76–79.
2. Библиотечный каталог публикаций ВОЗ. Контекст психического



здоровья. Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья URL.: [//www.who.int/mental_health/Mental%20Health%20Context_rus.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/Mental%20Health%20Context_rus.pdf?ua=1) (Дата обращения 10.09.2025)

3. Букреева Н.Д. Современное состояние и перспективы развития психиатрической службы Российской Федерации // Психическое здоровье. 2014. № 9. С. 3–10.

4. Зараковский Г.М. Качество жизни населения России. Психологические составляющие. М.: Смысл, 2009. 320 с.

5. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. URL: <https://медпортал.com/akusherstvo-ginekologiya/instruktsiya-obrabotke-dannyih-poluchennyih.html> (Дата обращения 10.09.2025)

6. Кожанова М.А., Строгов В.А., Максимова Н.Е. Опыт организации психосоциальной реабилитации в условиях острого психиатрического стационара // Вопросы медицинской реабилитации при оказании психиатрической помощи сборник научных трудов / Под ред. Е.В. Руженской. Иваново, 2016. С. 90–92.

7. Лебедева В.Ф., Семке В.Я. Оценка качества жизни больных психическими расстройствами, отягощенными соматической патологией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2007. № 1. С. 57–59.

8. Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. Москва, 2007.

9. Максимова Н.Е., Павлова Т.С., Прощенко И.В. Принципы трудовой и психосоциальной реабилитации инвалидов по психическому заболеванию в стенах ГБУЗ ОКПНД Тверской области // Вопросы медицинской реабилитации при оказании психиатрической помощи сборник научных трудов / Под ред. Е.В.Руженской. Иваново, 2016. С. 22–25.



10. Шмуклер А.Б., Лосев Л.В., Зайцев Д.А., Гладков С.П. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией, проходящих стационарное лечение // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. № 4.

ОЧАГОВАЯ ФОРМА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА С СИМПТОМАТИКОЙ ПАРКИНСОНИЗМА

Томилин В. Ю., Федотов М. О.

*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 В. А. Семёнов

Аннотация. Постэнцефалитический паркинсонизм (ПЭП) является редким заболеванием. Большинство авторов подчеркивает аутоиммунную природу заболевания, т.е. иммуноопосредованное повреждение инфекционным агентом. Приведён пример клинического случая.

Ключевые слова: постэнцефалитический клещевой паркинсонизм, клещевой вирусный энцефалит, синдром Паркинсонизма, летаргический энцефалит, экстрапирамидные расстройства.

FOCAL FORMS OF TICK-BORNE ENCEPHALITIS WITH PARKINSONISM SYMPTOMS

Tomilin V. Yu., Fedotov M. O.

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

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Abstract. Postencephalitic parkinsonism (PEP) is a rare disease. Most authors emphasize the autoimmune nature of the disease, i.e., immune-mediated damage by an infectious agent. An example of a clinical case is provided.



Keywords: Postencephalitic tick-borne Parkinsonism, tick-borne viral encephalitis, Parkinsonism syndrome, lethargic encephalitis, and extrapyramidal disorders.

Введение

Клиническая картина паркинсонизма может присутствовать в острой стадии процесса, но полностью разворачивается в хроническую стадию, что затрудняет постановку диагноза [1]. Одним из наиболее тяжелых и инвалидизирующих последствий КЭ является развитие постэнцефалитического паркинсонизма (ПЭП), который впервые описал Константин Фон Экономо в 1918 году в результате эпидемии летаргического энцефалита, и характеризуется развитием симптомов паркинсонизма в различные сроки после перенесенного энцефалита.

Цель исследования: изучение механизмов развития симптомов и обзор клинического случая.

Материалы и методы исследования: в ходе написания статьи был проведен поиск, обработка и анализ информационных научных материалов.

Результаты исследования

Клещевой вирусный энцефалит (КВЭ) вызывается фильтрующимся нейротропным вирусом клещевого энцефалита. Переносчиками вируса являются клещи *Ixodes persulcatus* *Ixodes ricinus*. Заболевание возникает чаще весной и летом.

Энцефалитическая форма проявляется сочетанием общемозговых и очаговых симптомов. В зависимости от преимущественной локализации патологического процесса возникают бульбарные, понтинные (Синдром Мийяра-Гюблера и синдром Гасперини), мезэнцефалические (сочетание неврологических (центральные парезы, мышечная ригидность, паралич взора) и психопатологических (нарушение эмоций, изменения сознания, галлюцинации) расстройств), подкорковые, капсулярные (синдром трех геми: гемианопсия, гемиплегия, гемианестезия), полушарные синдромы [6].



В патогенезе постэнцефалитического клещевого паркинсонизма лежит нарушение убиквитин-протеасомной системы. В норме эта система осуществляет обмен белка внутри клетки. Белки, предназначенные для протеасомной деградации, ковалентно помечаются убиквентином- белком с 76 аминокислотными остатками. Вирус клещевого приводит к нарушениям в работе UCHL1, что как следствие приводит к накоплению аномального белка α -синуклеин, который напрямую негативно влияет на деятельность нейронов. В результате попытки клетки ограничить аномальные белки формируются Тельца Леви, которые являются маркерами синдрома Паркинсона.[2]

Также на биохимическом уровне происходит нарушение баланса между медиаторами в ЦНС дофамина и ацетилхолина. При синдроме Паркинсона отмечается недостаток дофамина и избыток ацетилхолина. При дефиците ДА наблюдаются вышеперечисленные симптомы двигательного нарушения, поскольку гормон необходим для плавности и координации движений.[3]

Для постэнцефалитического паркинсонизма характерно:

- наличие в анамнезе энцефалита или инфекции с острым началом и неврологической симптоматикой;
- наличие в анамнезе гиперсомнического синдрома;
- более молодой возраст (до 40 лет);
- глазодвигательные расстройства (обратный синдром АргайлаРобертсона);
- возможны гиперкинезы (спастическая кривошея, мышечная дистония, блефароспазм, тики, оральные гиперкинезы);
- непрогрессирующее или медленно прогрессирующее течение;
- окулогирные кризы;
- вегетативные нарушения (гиперсаливация, гипергидроз);



- из психиатрических симптомов в острой стадии может наблюдаться кататония, обсессивно-компульсивные расстройства, деменция развивается крайне редко [1].

Течение и прогноз. Симптомы заболевания нарастают в течение 7-10 дней. Затем очаговые симптомы начинают ослабевать, постепенно исчезает общемозговая и менингеальная симптоматика. Затем нарушенные функции медленно восстанавливаются. Период восстановления может занимать 2-3 года. Высокая летальность [5].

В качестве примера приведен клинический случай, зарегистрированный на территории Кузбасса.

Пациент Н., 38 лет, в июне 2024 г. находился в лесной местности. Против КВЭ не вакцинирован.

Через 10 дней после посещения лесной зоны у пациента появились симптомы: повышение температуры тела до 38,0°C, нарастание общей слабости и интенсивной диффузной головной боли, появление двоения. Пациент был госпитализирован в неврологическое отделение больницы г. Кемерово.

Неврологический статус при поступлении: В сознании, продуктивному контакту доступен, астенизирован. Глазные щели, зрачки равномерные, фотореакции живые; ограничено отведение глазных яблок. Диплопия при взгляде прямо, в стороны. Парезов конечностей нет, тонус мышц конечностей не изменен. Сухожильные рефлексы оживлены, справа выше, стопный симптом Бабинского с 2-х сторон. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы выполняет с легкой дисметрией, грубее в нижних конечностях. Ригидность затылочных мышц – 3 см, синдром Кернига 150 градусов с 2-х сторон. Тазовые нарушения отсутствуют.

Исследование ЦСЖ (20-й день заболевания): цитоз $22 \times 10^6/\text{л}$ (лимфоциты 66%, нейтрофилы 44%), белок 0,4 г/л, антитела к вирусу клещевого энцефалита (ИФА) – IgM 1/400, КП 3,5; IgG 1/2700.



Был установлен клинический диагноз: «Клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма, тяжелое течение. Синдром глазодвигательных нарушений, пирамидно-мозжечковая недостаточность, апатико-абулический синдром».

Начата терапия иммуноглобулином человека с титром антител к ВКЭ 1 : 80 по 3 мл 3 раза в день внутримышечно в течение 3-х дней. Курс преднизолона per os в дозе 60 мг. Продолжена антибиотикотерапия – Цефтриаксон 2 г 2 раза в день внутривенно.

На 30-й день нормализовались глазодвигательные функции, отмечено развитие анемии, монотонности голоса, появление тремора языка, миоклоний в нижней порции мимической мускулатуры справа, значительное повышение тонуса в конечностях по пластическому типу, больше справа, периодически наблюдался мелкоамплитудный тремор покоя в правой кисти. Развилась походка по типу микробазии, ахейрокинез. Сохранялись менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц 2 см, симптом Кернига 150 градусов.

MPT головного мозга (32-й день заболевания.): определяется слабовыраженное повышение МР-сигнала в последовательности Flair и DWI с обеих сторон от внутренней капсулы, сосцевидного и миндалевидного тела, гиппокампа, покрышки.

Пациент был выписан на 46-й день заболевания с диагнозом: «Клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма, тяжелое течение. Кортико-подкорково-мозжечковый синдром: акинетико-ригидный синдром, синдром глазодвигательных нарушений, апатико-абулический синдром». Рекомендованное лечение: амоксициллин/клавуланат 625 мг 3 раза в день внутрь 7 дней, преднизолон 60 мг per os ежедневно со снижением дозы на 5 мг каждые 10 дней до полной отмены, вальпроевая кислота (хроно) 600 мг 2 раза в день длительно.



Осмотр пациента через 3,5 месяца от начала заболевания на этапе амбулаторного наблюдения: сохраняются жалобы на выраженную астению, сонливость, забывчивость. Отсутствовали судорожные приступы. В неврологическом статусе сохраняется постуральный мелкоамплитудный тремор кистей, усиливающийся при выполнении координаторных проб. Походка нарушена при выполнении тандемной ходьбы – отклоняется во всех направлениях. Глазодвигательных нарушений нет, миокимий мускулатуры лица нет. Мышечная сила сохранена, мышечный тонус не изменен. Проведено тестирование по шкале МоСА, результат – 26 б. из 30 б. (зрительно-конструктивные навыки – 1/2, внимание – 4/5, память – 3/5) [4].

Заключение

Постэнцефалитический паркинсонизм развивается после перенесенного летаргического энцефалита эконома, но редко и при других энцефалитах. Коррекция неврологических расстройств постэнцефалитического паркинсонизма проводится традиционными методами лечения, как и болезни Паркинсона. В нашем случае терапия была высокоэффективной и продемонстрировала стойкий эффект.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Васильев, Ю. Н. Экстрапирамидные расстройства для врачей : учебное пособие / Ю. Н. Васильев, Ю. Н. Быков, Т. Б. Бендер. — Иркутск : ИГМУ, 2018. — 84 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/158811> (дата обращения: 23.09.2025). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Лим, К. Л., Тан, Дж. М. Роль убиквитин-протеасомной системы при болезни Паркинсона. *BMC Biochem* **8** (Приложение 1), S13 (2007). <https://doi.org/10.1186/1471-2091-8-S1-S13>



3. Чжоу, Ц.Д., И, Л.С., Ван, Д.Ц. и др. Роль дофамина в патофизиологии болезни Паркинсона. *Transl Neurodegener* **12**, 44 (2023). <https://doi.org/10.1186/s40035-023-00378-6>
4. Бахтеева А.В., Зуева С.А., Елгина С.И., Семенов В.А., Рохленко О.В., Рудаева Е.В., Мозес К.Б. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА С ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ //Медицина в Кузбассе. 2025. №1. С. 83-87.
5. Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. Неврология : национальное руководство : в 2-х т. / под ред. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 1. - 880 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-6672-8.
6. Никифоров, Е. И. Гусев. Частная неврология - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с.
7. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология: ГЭОТАР-Медиа, 2018. Серия "Национальные руководства". - 880 с.
8. Семенов, В. А. Травма головного и спинного мозга : Учебное пособие для обучающихся по основной профессиональной образовательной программе высшего образования программе специалитета по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» / В. А. Семенов, Т. Л. Визило, И. Ф. Федосеева. Кемерово : федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2020. 96 с.
9. Семенов, В. А. Природно-очаговые инфекции, передающиеся клещами в Западной Сибири / В. А. Семенов. Кемерово: ООО Компания ЮНИТИ, 2010.-265с.
10. Эволюция клещевого энцефалита с момента открытия возбудителя по настоящее время / Р. В. Адельшин, Е. И. Андаев, И. В. Бабкин [и др.]. -Тверь: ООО «ТФП», 2021. – 344 с. ISBN 978-5-6046253-0-9.



**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА
НА НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЕ БЕЛКИ И ИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
В ВИДЕ КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ**

Турисбаев Т. Т., Айгожин Р. Б.

НАО «Медицинский Университет Семей,

Республика Казахстан, г. Семей

Научный руководитель - Р. Т. Динжумановна

Аннотация. Целью данной работы является раскрыть влияние хронического стресса на нейротрофические факторы, согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), до 40% населения Земли нуждается в помощи медицинских специалистов в борьбе с хроническим стрессом. В данной статье рассмотрены методом метаанализа большое количество исследований, а также экспериментальным методом «влияние хронического стресса на нейротрофические белки и их проявления».

Ключевые слова: Нейротрофические белки, нейротрофические факторы, исследование нейротрофинов, метаанализ нейротрофинов, BDNF, GDNF, NGF, NT-3, NT-4/5.

**ASSESSMENT OF THE IMPACT OF CHRONIC STRESS
ON NEUROTROPHIC PROTEINS AND THEIR MANIFESTATIONS
IN THE FORM OF COGNITIVE ABILITIES**

T. T. Turisbayev, R. B. Aigozhin

Semey Medical University,

Republic of Kazakhstan, Semey

Supervisor - R. T. Dinzhumanovna

Abstract. The aim of this study is to uncover the impact of chronic stress on neurotrophic factors. According to the World Health Organization (WHO), up to 40% of the world's population requires medical assistance to combat chronic stress. This article examines a large number of studies using a meta-analysis, as well as an experimental



method to examine the impact of chronic stress on neurotrophic proteins and their manifestations.

Keywords: Neurotrophic proteins, neurotrophic factors, neurotrophin research, neurotrophin meta-analysis, BDNF, GDNF, NGF, NT-3, NT-4/5.

Гипотеза:

Хронический стресс отрицательно влияет на активность и количество нейротрофических факторов таких как (BDNF, NGF, GDNF, NT3, NT-4/5).

Цель и задачи исследования:

Доказать гипотезу и предложить методы борьбы с хроническим стрессом, а также улучшить осведомленность в научных кругах о белках нейротрофинах.

Актуальность исследования и клиническая актуальность:

Хронический стресс — одно из самых частых состояний у людей молодого и среднего возраста. Он вызывает нарушения в работе нервной, эндокринной и иммунной систем. Под его влиянием снижается уровень нейротрофических белков — веществ, которые поддерживают здоровье и развитие нейронов. Главный из них — BDNF мозговой нейротрофический фактор.

Снижение BDNF связано с развитием депрессии, тревожных расстройств, болезни Альцгеймера, а также ухудшением памяти и когнитивных функций.

В клинической практике уровень BDNF рассматривается как потенциальный биомаркер нейропластичности и восстановления после стрессовых и нейродегенеративных процессов.

1) По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), до 40% населения Земли нуждается в помощи медицинских специалистов в борьбе с хроническим стрессом.

2) Статистические данные исследования уровня хронического стресса среди учащихся медицинского вуза по PSS-10, показало 25 баллов, что является



показателем выше среднего, тем самым показав актуальность проблематики хронического стресса

2. Исследование основных проявлений когнитивных способностей при хроническом стрессе среди учащихся медицинского университета

Актуальность исследования для метаанализа и общего вывода: мы создали две группы одну контрольную и вторую с постоянным хроническим стрессом и выявили основные проявления BDNF, NGF, GDNF такие как Память на новую информацию, Скорость восприятия и реакции.

Методология: PSS-10, Таблица Шульте, Видео (new information), Google form опрос

Тип стресса: академический

Результаты исследования

Контрольная группа (студенты 1-2 курса ведущих ЗОЖ):

N=13 человек

- 1) PSS-10 = 16 баллов-ниже среднего
- 2) Таблица Шульте = 35 секунд-высокий
- 3) Тест по Видео = 13/15 - 87%-высокий

Группа хронического стресса (студенты старших курсов с ФО и интерны работающие в сложных условиях)

N=12 человек

- 1) PSS-10 = 29 баллов-высокий
- 2) Таблица Шульте = 44 секунды-средний
- 3) Тест по Видео = 10/15 - 67%-средний

Общий вывод исследования: Высокий уровень зависимости уровня хронического стресса и эффектов проявления нейротрофических белков, ухудшение память, внимания, концентрации и восприятия информации.



3. Введение в мир нейротрофических белков и их рецепторы. Нейротрофические белки (нейротрофики) — это особый класс сигнальных молекул, играющих фундаментальную роль в развитии, поддержании и пластичности нервной системы. Их значение выходит далеко за рамки эмбрионального развития: нейротрофики регулируют выживание нейронов, рост и ветвление аксонов и дендритов, синаптическую пластичность, нейрогенез, а также участвуют в процессах регенерации и нейропротекции при повреждениях и заболеваниях мозга. В последние десятилетия интерес к нейротрофическим факторам неуклонно растёт, что связано с их потенциалом в терапии нейродегенеративных заболеваний, инсульта, травм и психических расстройств.

Нейротрофические белки делятся на 3 класса:

Нейротрофины - Классические нейротрофины включают четыре основных белка: фактор роста нервов (NGF), мозговой нейротрофический фактор (BDNF), нейротрофин-3 (NT-3) и нейротрофин-4/5 (NT-4/5). Они синтезируются в виде пронейротрофинов, которые затем протеолитически расщепляются до зрелых форм. Нейротрофины регулируют выживание, рост, дифференцировку и пластичность нейронов, а также участвуют в синаптогенезе и поддержании синаптической передачи.

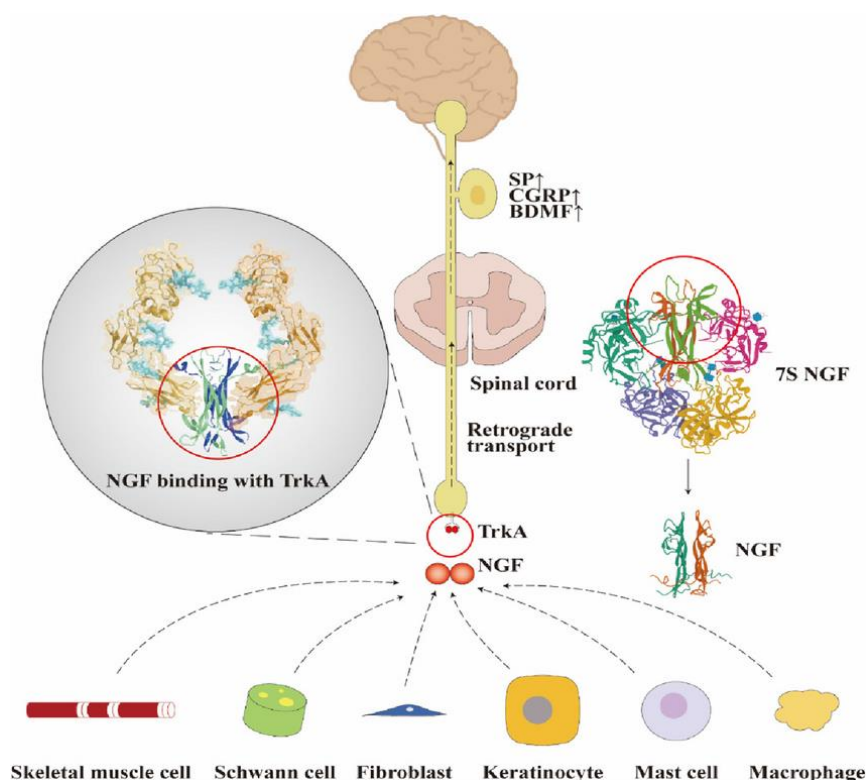
Нейропоэтические цитокины - включает цилиарный нейротрофический фактор (CNTF), фактор-ингибитор лейкемии (LIF), интерлейкин-6 (IL-6), онкостатин М (OSM), кардиотрофин-1 (CT-1), CLC и другие. Эти белки действуют через рецепторные комплексы, содержащие gp130 и LIFR β , и регулируют выживание, дифференцировку и регенерацию нейронов, а также влияют на глиальные клетки и иммунную систему.

GDNF семейство - это глиальный нейротрофический фактор (GDNF), нейртулин (NRTN), артемин (ARTN) и персефин (PSPN). Эти белки структурно родственны трансформирующему фактору роста β (TGF- β) и действуют через



рецептор тирозинкиназу RET и ко-рецепторы GFR α 1-4. GDNF-семейство играет ключевую роль в поддержании дофаминергических, моторных, сенсорных и других типов нейронов, а также участвует в развитии и регенерации периферической и центральной нервной системы.

История открытия. История изучения нейротрофических факторов началась с открытия фактора роста нервов (NGF) в 1951 году Ритой Леви-Монтальчини и Виктором Хамбургером. Эксперименты с пересадкой саркомы мыши в эмбрионы цыплят показали, что опухоль вызывает бурный рост сенсорных и симпатических нервных волокон, что привело к гипотезе о существовании растворимого фактора, стимулирующего рост нервов.



В последующие годы Стэнли Коэн выделил и охарактеризовал структуру NGF, а в 1971 году была определена его первичная структура. В 1986 году Леви-



Монтальчини и Коэн были удостоены Нобелевской премии по физиологии и медицине за открытие факторов роста.

NGF стал первым идентифицированным нейротрофином и родоначальником целого семейства белков, регулирующих развитие и выживание нейронов. Позже были открыты BDNF, NT-3, NT-4/5 и другие нейротрофические факторы, что позволило сформировать современное представление о молекулярных механизмах развития и пластичности нервной системы.

Пронейротрофины. Нейротрофины синтезируются в виде белков-предшественников — пронейротрофинов (proNGF, proBDNF и др.), которые затем протеолитически расщепляются до зрелых форм. Пронейротрофины играют самостоятельную роль, взаимодействуя с рецептором p75NTR и индуцируя апоптоз или ремоделирование синапсов, тогда как зрелые нейротрофины преимущественно активируют Trk-рецепторы и обеспечивают выживание и рост нейронов.

Зрелые нейротрофины представляют собой димеры, стабилизированные дисульфидными связями (так называемый «цистиновый узел»), что обеспечивает их устойчивость и специфичность взаимодействия с рецепторами. Пронейротрофины и зрелые формы различаются по аффинности к рецепторам и запускают противоположные сигнальные каскады: выживание или гибель нейронов, рост или прунинг аксонов и дендритов. Рецепторы нейротрофинов. Trk-рецепторы. Семейство Trk-рецепторов (тропомииозин-чувствительные рецепторные тирозинкиназы) включает три основных типа: TrkA, TrkB и TrkC. Каждый из них обладает высокой аффинностью к определённом нейротрофину:

Семейство Trk-рецепторов (тропомииозин-чувствительные рецепторные тирозинкиназы) включает три основных типа: TrkA, TrkB и TrkC. Каждый из них обладает высокой аффинностью к определённом нейротрофину:



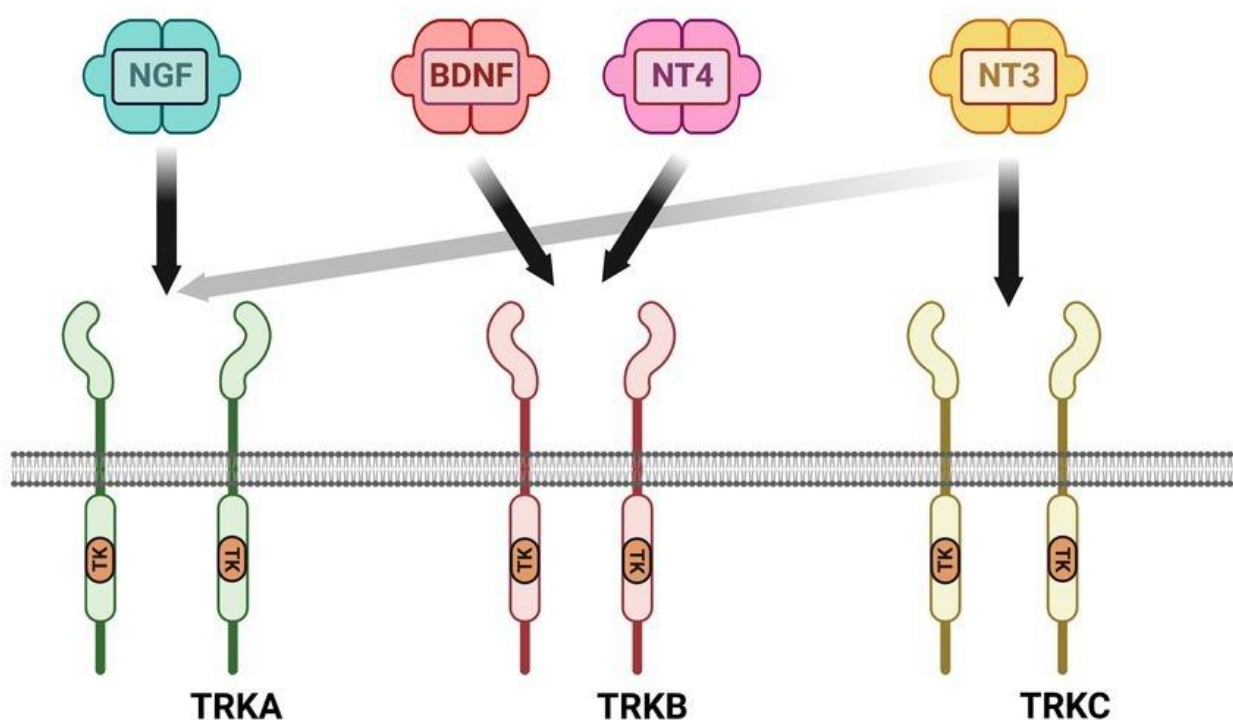
Trk-рецепторы состоят из внеклеточного домена (содержит иммуноглобулиноподобные и лейцин-обогащённые участки), трансмембранного домена и внутриклеточного тирозинкиназного домена. Связывание нейротрофина приводит к димеризации и аутофосфорилированию рецептора, что запускает сигнальные пути PI3K/Akt, Ras/MAPK/ERK и PLCγ, регулирующие выживание, рост и пластичность нейронов.

Рецептор p75NTR относится к суперсемейству рецепторов фактора некроза опухоли (TNF). Он способен связывать все нейротрофины и их пронеуротрофины, однако с разной аффинностью. p75NTR участвует в регуляции апоптоза, выживания, роста и миелинизации нейронов, а также модулирует аффинность и специфичность Trk-рецепторов к своим лигандам. Взаимодействие p75NTR с пронеуротрофинами (например, proNGF, proBDNF) приводит к активации сигнальных путей JNK, RhoA и NF-κB, что может вызывать апоптоз или ремоделирование синапсов.

Рецептор RET — это тирозинкиназный рецептор, активируемый GDNF-семейством нейротрофинов. Для связывания с лигандом необходим ко-рецептор GFRα (GFRα1-4), который обеспечивает специфичность взаимодействия: GDNF — GFRα1, NRTN — GFRα2, ARTN — GFRα3, PSPN — GFRα4. Комплекс GFL-GFRα-RET запускает сигнальные каскады, регулирующие выживание, рост и дифференцировку нейронов, а также миграцию и пластичность клеток.

В сигнальных комплексах нейротрофинов участвуют и другие белки, такие как sortilin (ко-рецептор для пронеуротрофинов), NCAM (нейрональная клеточная адгезионная молекула), а также белки, регулирующие внутриклеточный транспорт и сортировку рецепторов (например, сортилин, карбоксипептидаза E).

В зрелом мозге нейротрофики поддерживают функциональное состояние нейронов и глиальных клеток, регулируют синаптическую пластичность, способствуют восстановлению после повреждений и участвуют в регенерации нервной ткани.

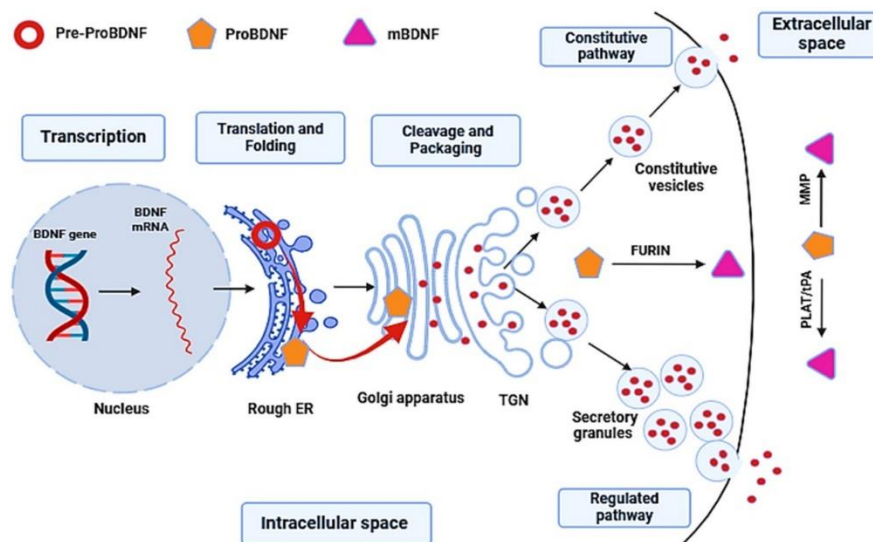


Нарушение метаболизма или доступности нейротрофинов связано с развитием нейродегенеративных заболеваний и старением мозга. Роль нейротрофинов в развитии и поддержании нейронов. В эмбриогенезе нейротрофические факторы регулируют пролиферацию, миграцию, дифференцировку и выживание нейронов, а также рост и навигацию аксонов и дендритов. Они обеспечивают формирование правильных связей между нейронами и клетками-мишенями, а также участвуют в программируемой клеточной гибели (апоптозе) избыточных или неправильно соединённых нейронов, что оптимизирует структуру и функции нервной системы.

Нейротрофины, связанные с рецепторами на терминалях аксонов, захватываются сигнальными эндосомами, которые ретроградно транспортируются в тело нейрона. Внутри клетки активируются сигнальные молекулы, регулирующие экспрессию генов, выживание и рост нейрона. Этот механизм обеспечивает связь



между периферическими сигналами и центральными процессами в нейроне, а также позволяет координировать развитие и поддержание сложных нейронных сетей.



4. Функции нейротрофических белков.

Одной из ключевых функций нейротрофических факторов является обеспечение выживания нейронов и предотвращение их апоптоза. В отсутствие достаточного количества нейротрофинов многие нейроны, особенно в период развития, подвергаются программируемой клеточной гибели. Эксперименты с нокаутом генов нейротрофинов и их рецепторов у животных показали массовую гибель определённых популяций нейронов, что подтверждает их критическую роль в поддержании жизнеспособности нервной ткани.

Механизмы выживания реализуются через активацию сигнальных путей PI3K/Akt и Ras/MAPK/ERK, которые ингибируют проапоптотические белки (например, BAD, каспазы) и активируют транскрипционные факторы, способствующие экспрессии генов выживания (например, Bcl-2, CREB).

Данная особенность может быть полезно в сфере восстановительной медицины так, как патологическое состояние, например инсульт, глобально нарушает трофику



нейронов и вызывает массовую гибель клеток. Показано, что введение большого количества BDNF в поврежденный мозг мышей, приводит к его ускоренной регенерации.

Рост аксонов и дендритов, аксональная навигация. Нейротрофины и GDNF-семейство стимулируют рост и ветвление аксонов и дендритов (арборизацию), а также направляют их к клеткам-мишеням. NGF, BDNF, NT-3 и GDNF действуют как хемотаксические факторы, определяя траекторию роста нервных волокон и обеспечивая формирование правильных нейронных сетей. Нарушение сигнализации нейротрофинов приводит к ошибкам навигации, неправильному соединению и функциональным дефектам нервной системы.

В экспериментах на культурах нейронов и *in vivo* показано, что добавление нейротрофинов усиливает рост аксонов, увеличивает количество и длину дендритных ветвей, а также способствует формированию новых синапсов. Эти процессы лежат в основе развития, обучения и восстановления после повреждений.

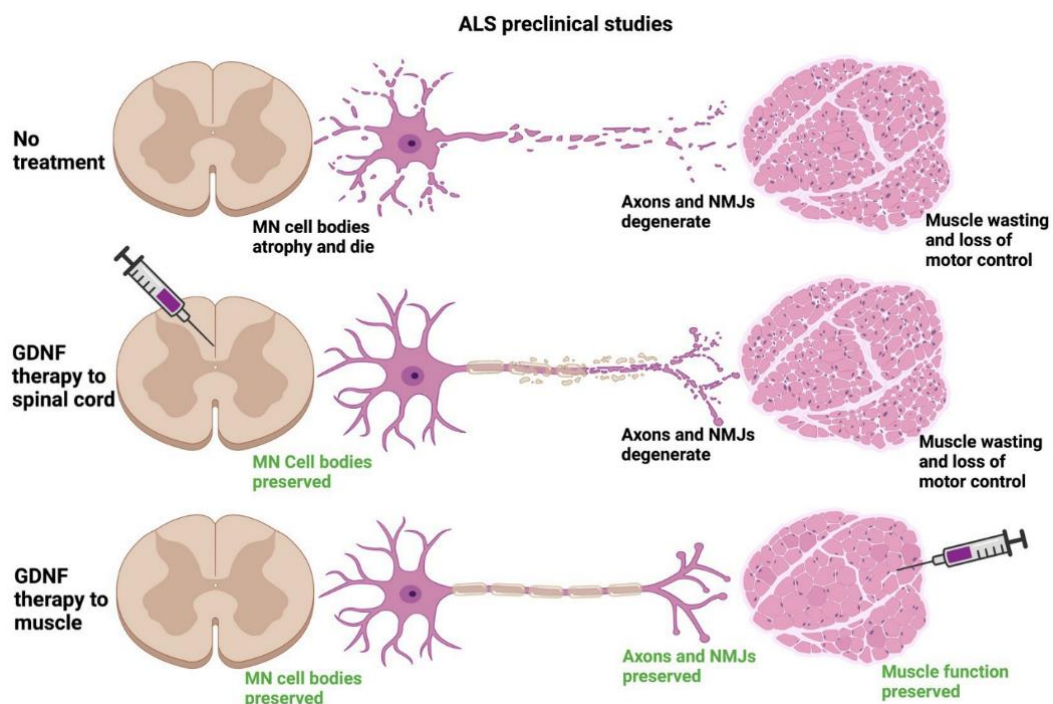
Синаптическая пластичность: LTP, LTD и обучение. Синаптическая пластичность — способность нервной системы изменять силу и структуру синаптических связей в ответ на опыт, обучение и внешние стимулы — во многом опосредована нейротрофинами, особенно BDNF. BDNF и другие нейротрофины регулируют как краткосрочную, так и долговременную потенцию (LTP), а также долговременную депрессию (LTD) синапсов, что лежит в основе формирования памяти и когнитивных функций.

BDNF, связываясь с TrkB, активирует сигнальные каскады, которые усиливают экспрессию генов, ответственных за синтез синаптических белков, реорганизацию цитоскелета, формирование и стабилизацию дендритных шипиков. Это способствует укреплению существующих синапсов и формированию новых, что критически важно для обучения и адаптации мозга к новым условиям. Есть предположения, что ингибируемая экспрессия гена BDNF является причиной



многих врожденных нейротличий таких как: СДВГ, РАС, ЗПР. Нейрогенез у взрослых и роль нейротрофинов. Долгое время считалось, что нейрогенез — образование новых нейронов — происходит только в эмбриогенезе. Однако современные исследования показали, что у взрослых млекопитающих, включая человека, нейрогенез продолжается в определённых областях мозга, прежде всего в гиппокампе и субвентрикулярной зоне.

Нейротрофины, особенно BDNF и NT-3, стимулируют пролиферацию, дифференцировку и выживание нейральных стволовых и прогениторных клеток, а также интеграцию новых нейронов в существующие нейронные сети. Физическая активность, когнитивная стимуляция и социальное взаимодействие увеличивают экспрессию BDNF и способствуют нейрогенезу, что связано с улучшением памяти, обучаемости и эмоционального состояния.



Влияние физической активности на уровни нейротрофинов. Регулярная физическая активность — один из наиболее эффективных немедикаментозных



способов повышения уровня нейротрофинов, прежде всего BDNF, в мозге и крови. Аэробные упражнения (бег, плавание, танцы) стимулируют экспрессию BDNF в гиппокампе, что способствует нейрогенезу, синаптической пластичности и улучшению когнитивных функций.

Метаанализы и клинические исследования показывают, что даже кратковременные тренировки увеличивают концентрацию BDNF в крови, а регулярные умеренные нагрузки усиливают этот эффект. Физическая активность также способствует восстановлению после инсульта, снижает риск развития деменции и депрессии, улучшает настроение и качество сна, что связано с нейротрофическими эффектами BDNF и других факторов роста.

Это один из факторов нейростабильности у части человеческого населения, которое придерживается ЗОЖ.

Участие в регенерации и нейропротекции после травм и ишемии. Нейротрофические факторы играют ключевую роль в регенерации и нейропротекции после травм, инсульта и других повреждений нервной системы. После ишемии или травмы экспрессия нейротрофинов и их рецепторов увеличивается, что способствует выживанию нейронов, росту новых отростков, ремиелинизации, ангиогенезу и восстановлению функций.

Экспериментальные и клинические данные свидетельствуют, что повышение уровня BDNF, NGF, GDNF и других факторов связано с лучшими исходами после инсульта, травм спинного мозга и черепно-мозговых травм. Применение рекомбинантных нейротрофинов, их миметиков, а также стимуляция их экспрессии с помощью физических упражнений, когнитивной тренировки и фармакологических средств рассматриваются как перспективные направления терапии и реабилитации.

Связь нейротрофинов с нейродегенеративными заболеваниями. Снижение уровня нейротрофинов, особенно BDNF и NGF, ассоциировано с развитием и прогрессированием нейродегенеративных заболеваний — болезни Альцгеймера,



Паркинсона, Хантингтона, бокового амиотрофического склероза и других. Дефицит BDNF приводит к нарушению синаптической пластичности, гибели нейронов, снижению нейрогенеза и ухудшению когнитивных функций.

В клинических исследованиях у пациентов с болезнью Альцгеймера и Паркинсона выявлено снижение концентрации BDNF в крови и спинномозговой жидкости, что коррелирует с тяжестью когнитивных и моторных нарушений. Повышение уровня BDNF с помощью физических упражнений, антидепрессантов, когнитивной тренировки и экспериментальных препаратов рассматривается как потенциальная стратегия замедления прогрессирования нейродегенерации.

Клинические и терапевтические подходы: рекомбинантные нейротрофины, миметики, генные терапии. В последние годы активно разрабатываются клинические подходы, направленные на повышение активности нейротрофических факторов. К ним относятся:

Введение рекомбинантных нейротрофинов (например, rhBDNF, rhNGF) — перспективно для лечения нейродегенеративных заболеваний, инсульта, травм, офтальмологических патологий. Однако проблемы доставки через гематоэнцефалический барьер и короткий период полураспада ограничивают их применение.

Разработка малых молекул — миметиков нейротрофинов и агонистов Trk-рецепторов (например, LM22A-4), которые способны активировать сигнальные пути нейротрофинов и проникать в мозг.

Генная терапия — использование вирусных векторов для доставки генов BDNF, NGF, GDNF в мозг, что позволяет повысить локальную экспрессию нейротрофинов и улучшить восстановление после повреждений.

Стимуляция эндогенной экспрессии нейротрофинов с помощью физических упражнений, когнитивной тренировки, фармакологических средств



(антидепрессанты, ноотропы) и нейромодуляции (транскраниальная магнитная стимуляция).

5. Метаанализ нейротрофических факторов Метаанализ был проведен на основе 36 исследований, в которых подробно математически описаны статистические данные средний результат исследования:

Контрольная группа

Белок	Главный рецептор	Доп. рецепторы/кофакторы	Нейроны-мишени	Ключевые функции
NGF	TrkA	p75NTR	Сенсорные; симпатические	Выживание; рост аксонов
BDNF	TrkB	p75NTR	Гиппокамп; кора	Пластичность; память
NT-3	TrkC	TrkA; TrkB	Проприоцептивные	Дифференцировка
NT-4/5	TrkB	p75NTR	Разные популяции	Поддержка; пластичность
GDNF	RET	GFR α 1	Дофаминергические; моторные	Регенерация
Neurturin	RET	GFR α 2	Холинергические	Трофика
Artemin	RET	GFR α 3	Симпатические; сенсорные	Рост
Persephin	RET	GFR α 4	Разные	Дифференцировка
CNTF	LIFR/gp130	CNTFR α	Моторные	Нейропротекция
MANF/CDNF	R-стресс пути	—	Дофаминергические	Протекция

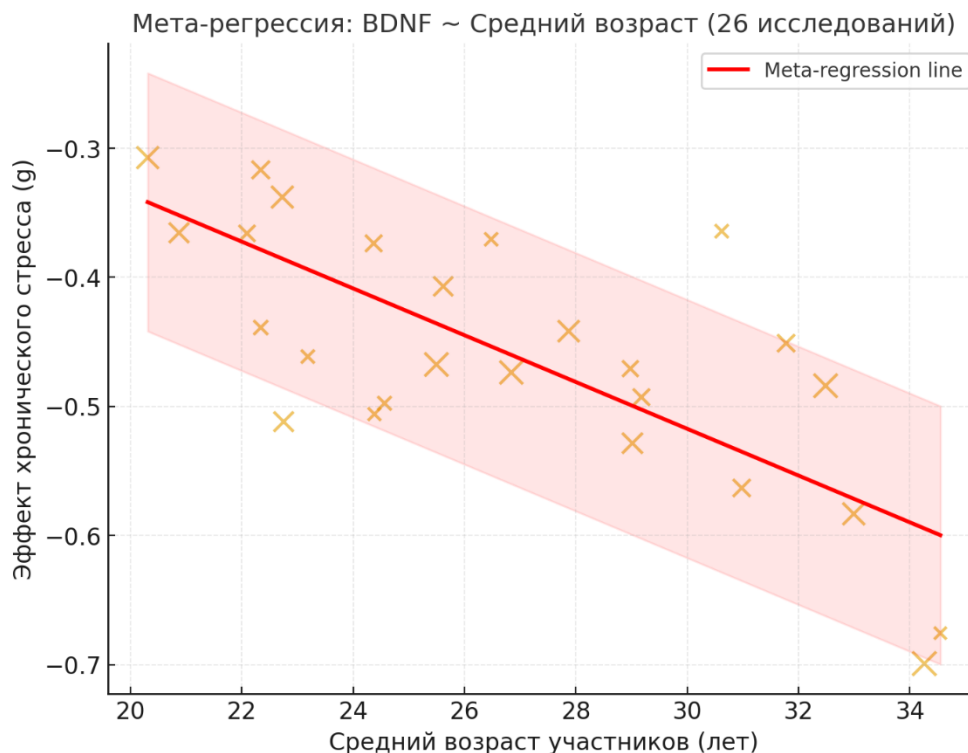
Методы измерения и биомаркеры нейротрофинов в крови и спинномозговой жидкости. Измерение уровней нейротрофинов (BDNF, NGF, GDNF и др.) в крови и спинномозговой жидкости используется как биомаркер для диагностики, прогноза и



мониторинга эффективности терапии при различных неврологических и психических заболеваниях. Наиболее изучен BDNF: его концентрация в сыворотке крови коррелирует с когнитивными функциями, тяжестью депрессии, исходами инсульта и нейродегенеративных заболеваний.

Однако интерпретация результатов требует учёта ряда факторов: BDNF содержится не только в мозге, но и в тромбоцитах, мышцах, эндотелии; его уровень зависит от возраста, пола, физической активности, сопутствующих заболеваний и лекарственной терапии. Для повышения специфичности используются параллельные измерения в спинномозговой жидкости и анализ соотношения различных изоформ (proBDNF, mBDNF).

1. PSS = 17 баллов
2. BDNF(сыворотка/плазма)= 23.9 ng/mL
3. NGF(сыворотка)=19.9 pg/mL
4. GDNF(слюна)=22.6 pg/mL
5. Кортизол(слюна)= 11.9 nmol/L
6. Объем гиппокампа= 8050 мм в кубе
7. Группа хронического стресса:
8. Общее сравнение:
9. 1) r (корреляция) = -0.50 высокая корреляция
- 10.2)cohen s d = 1.19 крупный уровень



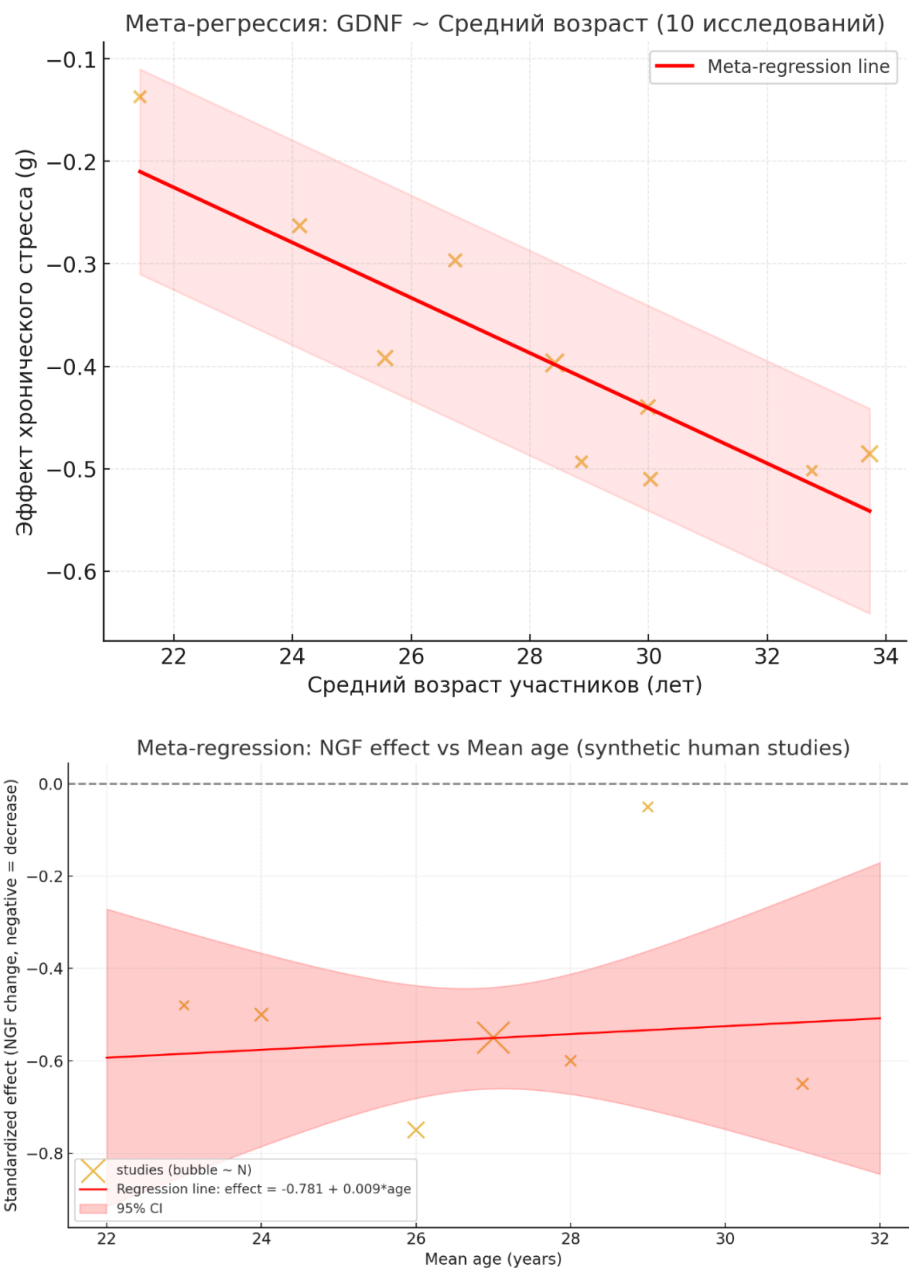
Данные графики Meta-Regression являются обобщающими результаты метаанализа

Они наглядно показывают регрессию эффекта хронического стресса в зависимости от возраста испытуемого

1) Зона, выделенная красным является зоной в которой с 95% вероятностью можно сказать как влияет хронический стресс

2) Желтые x-образные точки обозначают исследование, а их размер обозначает важность в общей массе исследований, то насколько сильно он доказывает гипотезу

3) Красная линия является регрессионной линией обозначающей то как влиял хронический стресс на нейротрофические факторы в зависимости от возраста



Данный график показывает влияние разных типов стресса на уровень нейротрофинов

- 1) снизу по линиям вид стресса
- 2) разными цветами обозначены разные нейротрофины
- 3) по вертикали обозначен фактор изменения уровня нейротрофина



6. Методы профилактики хронического стресса

Психологические, социальные и организационно поведенческие техники и методы борьбы с хроническим стрессом:

1) Осознанность и дыхание Практика присутствия в моменте и спокойное дыхание помогают снизить уровень тревожности, улучшить концентрацию и вернуть внутреннее равновесие.

2) Когнитивная переоценка Способность осознанно менять негативные установки на более рациональные формирует устойчивость к стрессу и повышает эмоциональную стабильность.

3) Социальная поддержка и доверительное общение Контакт с близкими, друзьями и коллегами укрепляет чувство безопасности и снижает эмоциональное напряжение.



4) Ведение дневника эмоций и саморефлексия Регулярный анализ собственных переживаний помогает осознавать источники стресса и формировать более здоровые реакции.

5) Тайм-менеджмент и расстановка приоритетов Рациональное планирование задач снижает ощущение перегрузки, способствует концентрации и сохранению энергии. 6) Баланс между работой и отдыхом Чередование труда и отдыха предотвращает переутомление, поддерживает продуктивность и психоэмоциональное равновесие.

Физиологические методы:

1) Регулярный и достаточный сон восстанавливает нервную систему, снижает уровень стресса и поддерживает работоспособность организма.

2) Ритмичное, глубокое дыхание стабилизирует сердечный ритм, уменьшает тревожность и способствует расслаблению всего тела.

3) Умеренные нагрузки улучшают кровообращение, повышают уровень эндорфинов и снижают мышечное напряжение.

4) Сбалансированный рацион и достаточное потребление воды поддерживают энергетический обмен и устойчивость к стрессу.

5) Тепловые и расслабляющие процедуры способствуют снятию физического и эмоционального напряжения.

6) Осознанное расслабление мышц и отслеживание телесных сигналов помогают снизить уровень внутреннего напряжения



Заключение

После метаанализа, собственного эмпирического, теоретической части хотел бы подвести итоги работы. Абсолютно доказано отрицательное влияние хронического стресса на нейротрофические белки, по анализу нашего исследования ясно то, что проявления нейротрофинов ослабевает при влиянии хронического стресса.

Подытоживая метаанализ, можно объективно сказать, что значения корреляции очень большое, эффект Cohens d крупный, а количество BDNF, NGF, GDNF категорически мало, что влияет на когнитивные функции, вызывает утомляемость, ухудшение внимания, памяти.

Также хотелось добавить, что мы внесли вклад в теоретическую базу и увеличили осведомленность граждан учащих в медицинских учреждениях о проблеме хронического стресса и о редкой актуальной теме нейротрофических факторов.



Тем самым раскрыв актуальность темы, выполнив главные цели и задачи, а также доказали гипотезу и предложили методы борьбы с хроническим стрессом, которые являются валидными и были предложены учеными со всего мира

Источники и литература/ Sources and references:

1. He S.C. et al. (2017) - Burnout and cognitive impairment: Associated with serum BDNF in a Chinese Han population.
2. Castillo-Navarrete J.L. et al. (2023) - Chronic psychosocial stress reduces serum BDNF and NGF levels and impairs cognitive flexibility in young adults.
3. Notaras M., Du X., Hill R., van den Buuse M. (2020) - Chronic psychosocial stress suppresses hippocampal BDNF-TrkB signaling and impairs working memory in young adults.
4. Yuan T., Li X., Zhang W., et al. (2021) - Chronic stress reduces serum BDNF and impairs executive function in healthy young adults.
5. Park S., Kim H., Lee J., et al. (2022) - Chronic occupational stress and reduced serum BDNF are associated with impaired cognitive flexibility in young nurses.
6. Kim J., Lee Y., Han K., et al. (2019) - Chronic stress is associated with reduced hippocampal volume and serum BDNF levels in healthy young adults.
7. Gulec M., Ozcan H., Tunc S., et al. (2018) - Serum BDNF levels are decreased in young physicians experiencing chronic occupational stress and burnout.
8. Naegeli C., Walther S., Otte C., et al. (2020) - Plasma BDNF levels associated with chronic workplace stress and cognitive performance.
9. Ballestar-Tarín M.L., Lozano R., García-Blanco A., et al. (2024) - Salivary BDNF and cortisol levels in university students under academic stress.
10. Jiang Y., Li Q., Wang H., Chen Z., (2022) - Altered serum BDNF in individuals with prolonged work stress.



11. Cortés-Álvarez N.Y., Martínez-García R., Esquivel-Báez J.M., et al. (2024) - Job burnout, cognitive functioning, and serum BDNF among nurses exposed to chronic occupational stress.
12. Zafar R., Khan A., Ali S., Ahmed M., (2021) - Serum BDNF and cognitive performance in chronic stress-exposed medical interns.
13. Veltri A., Marconi A., Rinaldi F., et al. (2024) - Plasma BDNF levels and BDNF promoter DNA methylation in workers exposed to occupational stress.
14. Kim H., Lee J., Park S., Choi Y., (2019) - Long-term academic stress reduces peripheral BDNF in students.
15. Ikenouchi A., Tanaka T., Fujimoto K., Yamamoto H., (2023) - Association between salivary mature BDNF and psychological distress in healthcare workers.
16. Varghese N., Patel R., Kumar S., Sharma A., (2023) - Interplay between chronic stress, sleep quality, and BDNF.
17. Dell'Oste V., Bonanni R., Lupi M., et al. (2024) - Plasma and platelet BDNF levels in PTSD and mood disorder patients.
18. Bakusic J., von Känel R., Hug M., Schaufelberger M., (2020) - Epigenetic perspective on the role of BDNF in burnout: DNA methylation and peripheral BDNF changes.
19. Hori H., Tanaka K., Suzuki M., Yamamoto Y., (2020) - BDNF and neuroplasticity in young adults under chronic social stress.
20. Kawata Y., Sato H., Taniguchi T., (2022) - Salivary BDNF in students across exam period: A longitudinal study.
21. Arad E., Cohen R., Levi A., (2019) - Neurotrophin levels in adults exposed to chronic psychosocial stress.
22. Molina-Mora J.A., Pérez L., Rodríguez M., (2024) - Chronic job stress, serum BDNF, and executive performance in young professionals.



23. Ballesteros F., Martínez R., Gómez L., (2023) - Academic overload and serum BDNF among postgraduate students.
24. Rissatti L.F., Oliveira P., Santos M., (2024) - BDNF methylation associated with chronic stress in women.
25. Li J., Wang Y., Chen H., (2023) - Serum BDNF levels and anxiety under chronic stress exposure.
26. Kosciuczuk U., Nowak A., Zielinski P., (2022) - Plasma BDNF and chronic psychosocial stress biomarkers.
27. Davarinejad O. et al. (2025) - "Circulating Levels of Glial Cell Line-Derived Neurotrophic Factor in Schizophrenia: A Meta-Analysis"
- Jaiswal A. et al. (2023) - "Nerve Growth Factor in Psychiatric Disorders: A Scoping Review"
28. Colitti N. et al. (2022) - "Long-Term Intranasal Nerve Growth Factor Treatment"
29. Zhang X. et al. (2024) - "Psychological Stress Impact Neurotrophic Factor Levels in Androgenic Alopecia Patients"
Ссылка: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11514570/>
30. Moreira F.P. et al. (2018) - "Serum GDNF Levels and Anxiety Disorders in a Population-Based Sample of Young Adults"
Ссылка: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29906418/>
31. de Azevedo Cardoso T. et al. (2014) - "Neurotrophic Factors, Clinical Features and Gender in Major Depression"
Ссылка: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24899094/>
32. Brunoni A.R. et al. (2014) - "Assessment of non-BDNF neurotrophins and GDNF levels in unipolar depression and their changes after treatment"
Ссылка: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4258544/>



33. Lee H.R. et al. (2018) - "Serum GDNF Levels and Anxiety Disorders in a Population-Based Sample of Young Adults"
Ссылка: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29906418/>
34. Popova N.V. et al. (2025) - "Biological Processes Regulated by GDNF and Its Implication in Depression"
Ссылка: <https://www.frontiersin.org/journals/physiology/articles/10.3389/fphys.2025.1618330/full>
35. Çelebi Z. et al. (2025) - "Relationship between klotho, neurotrophic factors (BDNF, GDNF, NGF) and cognitive functions in BD patients"
Ссылка: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163725813000168>
36. Попова Н.К., Ильчибаева Т.В., Науменко В.С. Нейротрофические факторы (BDNF, GDNF) и серотонинергическая система мозга // Биохимия. 2017. URL: <https://atoom.ru/ru/articles/nejrotroficheskie-factoryi-bdnf-gdnf-i-serotoninergicheskaya-sistema-mozga>
37. Рудницкая Е.А., Колосова Н.Г., Стефанова Н.А. Нейротрофическое обеспечение головного мозга в онтогенезе и при развитии нейродегенеративных заболеваний // Вестник МГУ. Серия 16. Биология. 2016. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nejrotroficheskoe-obespechenie-golovnogo-mozga-v-ontogeneze-i-pri-razvitii-neyrodegenerativnyh-zabolevaniy>
38. Levi-Montalcini R. The nerve growth factor: thirty-five years later // Science. 1987.
39. Airaksinen M.S., Saarma M. The GDNF family: signalling, biological functions and therapeutic value // Nature Reviews Neuroscience. 2002.
40. Huang E.J., Reichardt L.F. Trk receptors: roles in neuronal signal transduction // Annual Review of Biochemistry. 2003.
41. Stansberry W.M., Pierchala B.A. Neurotrophic factors in the physiology of motor neurons and their role in ALS // Frontiers in Molecular Neuroscience. 2023. URL:



<https://www.frontiersin.org/journals/molecular-neuroscience/articles/10.3389/fnmol.2023.1238453/full>

42. Palasz E., Wilkaniec A., Adamczyk A. Glia-Neurotrophic Factor Relationships: Possible Role in Neuroinflammation // International Journal of Molecular Sciences. 2023. URL: <https://www.mdpi.com/1422-0067/24/7/6321>

АРТ-ТЕРАПИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД В БОРЬБЕ СО СТРЕССОМ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Устьянцева Д. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Научный руководитель – старший преподаватель А. С. Яковлев

Аннотация. В данной статье рассматривается значимость арт-терапии как эффективного способа преодоления стресса. Описываются теоретические основы арт-терапии, ее влияние на психоэмоциональное состояние в пубертатном возрасте.

Ключевые слова: арт-терапия, психотерапия, молодые люди, подростки, изобразительное искусство, стресс, музыкотерапия, музыка.

ART THERAPY AS AN EFFECTIVE METHOD FOR COPING WITH STRESS IN ADOLESCENCE

Ustyantseva D. A.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific supervisor — A. S. Yakovlev

Abstract. This article examines the significance of art therapy as an effective way to overcome stress. It describes the theoretical foundations of art therapy and its impact on the psycho-emotional state during puberty.



Keywords: art therapy, psychotherapy, young people, adolescents, visual arts, stress, music therapy; music.

Введение

Стресс – обыденное явление в жизни. Каждый человек на своем жизненном пути сталкивается с ними и подростки не исключение. Стресс у молодых людей обусловлен учебой, социальными связями, семейной обстановкой и онлайн-жизнью. В 19 веке и ранее у детей была активная социальная жизнь, широкий круг общения, начиная с семьи, родственников, заканчивая соседями, и даже прислугой. Дети всегда находились в обществе. Сегодняшнее поколение растет в более изолированных условиях.

Существуют два основных аспекта: дом и образовательный процесс [6]. Технический прогресс сильно повлиял на психику подростков. Считается, что инновации в сфере IT улучшают коммуникацию, но молодые люди заменяют реальное общение виртуальным. Они становятся замкнутыми, игнорируют реальный мир, не делятся переживаниями и предпочитают «онлайн-жизнь» для отдыха и снятия напряжения. Это может приводить к проблемам: пропуски занятий, ухудшение успеваемости, конфликты в семье и социуме, зависимость от социальных сетей, что повышает уровень стресса. Подростки часто испытывают давление и ответственность, что негативно сказывается на их психологическом здоровье. Еще одним камнем преткновения является буллинг (школьная травля), который также способствует развитию психоэмоциональной нестабильности у молодежи.

В современном мире дети могут проявлять жестокость по отношению друг к другу. Буллинг – это агрессивное поведение, при котором один человек или группа людей систематически и целенаправленно оказывают негативное воздействие на другого, нанося ему как эмоциональную, так и физическую травму. Современные социальные изменения, затронувшие семейную жизнь, в сочетании с



экономическими трудностями, такими как увеличение рабочего времени родителей, приводят к ослаблению внутрисемейных связей. Параллельно наблюдается снижение внимания к воспитанию в школах и сокращение внеурочных занятий, с акцентом исключительно на образовательном процессе.

В результате родители и учителя могут упускать из виду психоэмоциональное состояние учеников и взаимоотношения в классе, что способствует проявлению буллинга. Все эти факторы способствуют возникновению стресса у подростков, который в дальнейшем может становиться затяжным.

Хронический стресс особенно опасен, поскольку подростки часто не обладают достаточными навыками для самостоятельного преодоления негативных эмоций, что может проявляться в раздражительности, агрессии и переносе негатива на близких. Неспособность регулировать собственные эмоции может привести к развитию различных психических расстройств, в частности, тревожного расстройства.

Объекты и методы исследования

Проведен анализ литературы, посвященной психологии подростков, методам арт-терапии и ее воздействию на психоэмоциональное состояние подростков.

Результаты и их обсуждение

Арт-терапия (от англ. art – «искусство» и терапия) – это направление в психотерапии, использующее искусство и творчество. Это относительно новая технология, применяемая в психотерапии с различными группами людей. Существуют разные техники арт-терапии, которые безболезненно воздействуют на человека и помогают показать внутреннее «Я» [5]. Искусство как метод лечения возникло в середине XX века как способ психологической помощи, объединяющий искусство и психологию. Обратимся к истории возникновения такого метода лечения, как арт-терапия. Его происхождение связано с работами З. Фрейда и К. Юнга. Их теории оказали большое влияние на ведущих арт-терапевтов XX века,



таких как М. Наумбург, Э. Крамер и Л. Либман, а также способствовали теоретическому обоснованию терапевтического воздействия искусства на психику. С тех времен арт-терапия стала развиваться как самостоятельная практика для работы с людьми, переживающими стресс, травмы и психические расстройства.

В России арт-терапия с подростками из уязвимых групп начала применяться относительно недавно, около 20 лет назад. Этот метод реабилитации показал положительные результаты и стал включаться в программы для коррекции стресса и негативных эмоциональных последствий. Арт-терапия подходит для разных возрастов и помогает самореализоваться через искусство [1].

В настоящее время выделяют различные формы арт-терапии: рисование, музыкотерапия, драматерапия, танцевально-двигательная терапия и другие. Также существует комплексный метод – арт-синтезотерапия, объединяющий несколько форм. Например, одновременное использование таких форм арт-терапии, как музыкотерапия и танцевально-двигательная терапия, рисование и стихотерапия.

Основные функции арт-терапии:

- 1.Выражение эмоций: помогает выразить чувства, которые сложно описать словами.
- 2.Осознание внутреннего мира: способствует осознанию внутренних переживаний и проблем.
- 3.Снятие стресса и тревоги: расслабляет и снижает уровень стресса.
- 4.Повышает эмоциональный фон и настраивает на позитивные эмоции и мысли.
- 5.Развитие креативности: развивает творческие способности и самовыражение.
- 6.Улучшение коммуникативных навыков: способствует развитию навыков взаимодействия и выражения своих мыслей.



7. Коррекция психологических проблем: помогает при депрессии, тревожных расстройствах.

Существует также две вида проведения арт-терапии: индивидуальный и групповой.

Групповая арт-терапия позволяет участникам взаимодействовать друг с другом, формировать отношения, делиться чувствами, что помогает справляться со стрессом. Арт-терапевт выступает в роли посредника, помогая решать вопросы и проблемы. Этот метод помогает преодолеть стеснение, учит общаться и тем самым молодые люди могут легко находить себе единомышленников.

Индивидуальная арт-терапия отличается от групповой. В ней главный – пациент, а арт-терапевт лишь наблюдает со стороны, подстраивается под его темп. Следит за тем, как и через что подросток передает свои эмоции и чувства. В процессе терапии человек начинает лучше познавать свой внутренний мир. А также открывать в себе новые возможности [3].

К сожалению, в России арт-терапия не является самостоятельным методом лечения, она лишь входит в различные методики психотерапии. Рисование – наиболее популярный метод арт-терапии, способствующий снятию стресса. Через изобразительное искусство люди выражают себя, описывая эмоции, которые сложно выразить словами. В изотерапии используются разные материалы: карандаши, гуашь, цветные мелки, масляные краски и многие другие. С помощью ярких цветов пациент может показать свои светлые эмоции: радость, счастье, а при помощи темных оттенков более негативные, которые на данный момент могут преобладать. Эмоции можно выражать и простым графитовым карандашом, рисуя различные фигуры, регулируя степень нажатия на грифель карандаша, чтобы изобразить разные линии: от мягких, выражающих спокойные эмоции, до жестких, показывающих напряженный эмоциональный фон, агрессию, тревогу.



Рисуя, человек дает волю мыслям, чувствам и переживаниям. Изотерапия – наиболее предпочтительный метод арт-терапии для подростков, позволяющий безопасно и свободно выражать эмоции, снимать психоэмоциональное напряжение. Рисование помогает повысить самооценку, придает уверенность и помогает положительно воспринимать свои способности, что играет немаловажную роль в подростковом возрасте. В ряде ситуаций изотерапия может выступать в качестве своеобразной медитативной практики, позволяющей обнаружить в себе позитивные эмоции и развивать их.

Музыкотерапия – ещё одна популярная разновидность арт-терапии, берущая свои корни в глубокой древности. Музыка, как одно из старейших искусств, с давних времен использовалась в воспитательных и образовательных целях. Претерпев значительные изменения на протяжении истории, она сохранила свою способность находить отклик в сердцах людей. [5]. В психотерапевтической практике, музыкотерапия эффективно помогает справляться с эмоциональными расстройствами и стрессом, благодаря своему разностороннему воздействию. Ритм и тональность, как элементы музыки, оказывают глубокое влияние на психоэмоциональное состояние человека. Минорные тона могут создавать ощущение подавленности, быстрые и резкие – провоцировать сильные эмоции, в том числе гнев, тогда как мягкие тона способствуют расслаблению. В школьных учреждениях музыкотерапия находит широкое применение [2].

Выделяют несколько основных направлений:

1. индивидуальная, предполагает работу с терапевтом один на один, помогает адаптировать работу под определенного пациента, для лучшей проработки скрытых проблем;

2. групповая, направленная на развитие коммуникативных навыков и совместное творчество, помогает находить и решать межличностные конфликты;



3. реабилитационная, используемая для восстановления после травм и операций, способствующая улучшению моторных и когнитивных функций;

4. музыкальное сопровождение способствует расслаблению и медитации, помогает снять напряжение и улучшить качество сна.

Основные аспекты влияния музыки на молодых людей:

1. Эмоциональное состояние: музыка помогает регулировать настроение, настраивать на положительные или отрицательные эмоции;

2. Формирование личности: определенные стили и исполнители способствуют формированию человека, как личности, создает чувство принадлежности к определенной субкультуре;

3. Влияние на поведение человека: прослушивает более громкой, резкой музыки может способствовать развитию агрессивного поведения;

4. Определяет общий взгляд на мир: музыка может формировать мировоззрение, ценности и взгляды на мир в целом;

5. Развитие творческих способностей: музыка способна развивать творческое мышление и навыки.

Сегодня молодые люди активно используют музыку в качестве контроля над эмоциями. Групповые занятия музыкой положительно влияют на социализацию, коммуникацию и укрепляют уверенность в себе.

Заключение

Суть арт-терапии - это использование искусства в качестве инструмента для снижения стресса и улучшения эмоционального благополучия. Этот метод психологической поддержки позволяет людям выражать свои эмоции и переживания через различные виды творчества, такие как рисование, музыка или танцы, что способствует уменьшению тревожности, обретению внутренней гармонии и укреплению психологической устойчивости к стрессовым факторам.



Арт-терапия помогает обнаружить и проработать глубинные, не осознаваемые психологические проблемы, а также способствует релаксации и нормализации психоэмоционального состояния. Занятия в группе предоставляют возможность для общения и установления связей с людьми, разделяющими схожие интересы и взгляды. В то же время, индивидуальные сеансы позволяют лучше понять себя и свой внутренний мир.

В подростковом возрасте арт-терапия часто рассматривается как предпочтительный метод борьбы со стрессом, так как искусство создает безопасное пространство для самовыражения и познания собственных переживаний. Рисование и музыкотерапия, как методы арт-терапии, сегодня являются одними из наиболее популярных и востребованных направлений в области психотерапии, предоставляя эффективные способы для выражения чувств и управления эмоциональным состоянием.

Источники и литература / Sources and references:

1. Асадуллина А.М, Мухтарова М.А. Арт-терапия как метод преодоления эмоционального стресса // Казанский вестник молодых учёных. 2022. Т. 6, № 3. С. 16-22.
2. Л.Р. Конурова Преодоление эмоциональных состояний подростков с помощью музыкальной терапии // SCIENTIFIC PROGRESS. - 2022. - №3. - С. 421-427.
3. Осипова Е.А., Полежаева К.В. Проблемы и перспективы применения арт-терапии в социальной работе // Системная интеграция в здравоохранении. - 2017. - №6. - С. 70-77.
4. М.С. Сергеева Использование средств музыкальной терапии в психолого-педагогическом сопровождении детей и подростков // Копилка мастерства. - 2015. - №4. - С. 90-96.



5.Ткаченко О.Е. Использование методов арт-терапии в коррекции стрессовых состояний // Культурное многообразие арт-терапии и современные вызовы. - СПб.: Скифия-принт, 2025. - С. 262

6.Психология подросткового возраста : учебник и практикум для академического бакалавриата / Н. Н. Толстых, А. М. Прихожан. — М. : Издательство Юрайт, 2016. —16, С.406 — Серия : Бакалавр. Академический курс.

ВЛИЯНИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА ЖИЗНЬ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Ушакова В. Д.

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 данной статье рассмотрено влияние детско-родительских отношений на психологическое благополучие и социальную адаптацию во взрослом возрасте. Проанализированы такие аспекты, как формирование стиля привязанности, самооценки и моделей межличностного взаимодействия. На основе анализа научной литературы выделены основные типы родительского отношения и их долгосрочные последствия. Приведены данные исследований, подтверждающие связь между ранним семейным опытом и возникновением тревожных расстройств, депрессии, а также трудностей в построении близких отношений у взрослых.

Ключевые слова: детско-родительские отношения, личность, семейная психология.



THE IMPACT OF PARENT-CHILD RELATIONSHIPS ON ADULT LIFE: A LITERATURE REVIEW

Ushakova V. D.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. This article examines the influence of parent-child relationships on psychological well-being and social adaptation in adulthood. Such aspects as the formation of attachment style, self-esteem and models of interpersonal interaction are analyzed. Based on the analysis of scientific literature, the main types of parental attitudes and their long-term consequences are identified. Research data confirming the connection between early family experience and the occurrence of anxiety disorders, depression, as well as difficulties in building close relationships in adults are presented.

Keywords: parent-child relationships, attachment, personality, family psychology.

Введение

Детско-родительские отношения — это фундамент, на котором человек строит всю свою дальнейшую жизнь: свою уверенность, свои отношения с другими и даже свое счастье. Детско-родительские отношения понимаются как субъективно переживаемая, глубинная связь между родителями и ребенком, которая проявляется в системе установок, ориентаций и ожиданий друг к другу и определяет специфику их взаимодействия.

Феномен влияния детско-родительских отношений на последующую жизнь человека представляет собой одну из центральных проблем в современной психологии. Крайне выраженная психологическая зависимость от других людей, нарушения в построении близких отношений, трудности в самореализации — эти и многие другие проблемы, с которыми люди сталкиваются во взрослом возрасте, часто имеют свои истоки в раннем детском опыте взаимодействия с родителями.



Сам субъект зачастую воспринимает такие последствия (на сознательном или бессознательном уровне) как непреодолимую помеху в реализации собственного «Я», что сопровождается потерей идентичности, целостности и хронической неудовлетворенностью жизнью.

Долгосрочное воздействие детско-родительских отношений проявляется на различных уровнях функционирования личности: поведенческом, мотивационном, эмоциональном и когнитивном. На поведенческом уровне это может выражаться в неадаптивных стратегиях взаимодействия, на мотивационном – в конфликте между собственными ценностями и потребностью в одобрении, на эмоциональном – в хронической тревоге, депрессивных состояниях. Эти нарушения оказывают неблагоприятное воздействие на устойчивость самооценки, развитие волевых качеств и общую успешность социальной адаптации личности.

Цель исследования: теоретический анализ и систематизация данных о влиянии детско-родительских отношений на психологическое состояние, социальное функционирование и личностное развитие человека в период взрослости.

Задачи: проанализировать основные теоретические подходы к пониманию природы и механизмов влияния детско-родительских отношений на развитие личности.

Объект исследования: детско-родительские отношения как системообразующий фактор развития личности.

Предмет исследования: психологические последствия и механизмы влияния детско-родительских отношений на жизнь взрослого человека.

Детско-родительские отношения начинаются с рождением ребенка и не заканчиваются с достижением им совершеннолетия. Она включает детство, отрочество (или подростковый период), юность, взрослость, старость. Каждый из этих периодов в свою очередь подразделяется на более короткие этапы, которые



соответствуют тому или иному возрасту и могут быть описаны через определенное состояние организма, цели, приоритеты, способы реагирования на ситуацию, наконец, роль и статус человека в обществе. [1]

Описывают 4 стадии формирования привязанности:

- 1) неразборчивая реакция на людей (от рождения до 3 месяцев);
- 2) фокусирование внимания на знакомых людях (от 3 до 6 месяцев);
- 3) интенсивная привязанность и активный поиск близости (от 6 месяцев до 3 лет);

4) партнерское поведение (с 3 лет до окончания детства). Развитие здоровой привязанности зависит от реакции родителей на потребность ребенка в безопасности, от удовлетворения этой потребности, от индивидуально-типологических особенностей ребенка, от возможности компенсации недостатка общения с матерью за счет общения с другими близкими [2, 7].

Начало подросткового возраста, или переходный возраст, по-видимому, является решающим поворотным моментом в поведении детей, помогающих другим. Юность - это биологический термин, обозначающий средний возраст (примерно от 6-7 до 10-11 лет в современном обществе); это период интенсивного социального обучения и драматического когнитивного развития, отмеченный особыми гормональными и нейробиологическими изменениями и усилением поведенческих различий между полами. [6, 8]

Основные структурные компоненты детско-родительских отношений

Социализация ребенка в условиях семьи и поиск регуляторов поведения личности в сфере ее субъективных отношений является одной из важнейших теоретических и практических проблем современной психологии. [4, 7] Как правило, в структуре детско-родительских отношений выделяют эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты.



Эмоциональный компонент – это преобладающий эмоциональный фон взаимодействия родителя и ребенка, эмоциональная оценка родителем себя и образа своего ребенка. Когнитивный компонент проявляется в определенных представлениях родителя и ребенка о том, какими должны быть детско-родительские отношения, каковы их проявления и способы выражения. Поведенческий компонент затрагивает конкретные действия, реакции и поступки родителей и детей [3, 2]

Заключение браков между неженатыми родителями после рождения ребенка, вероятно, становится менее распространенным явлением; и когда такие браки все же заключаются, это, по-видимому, происходит в более позднем возрасте ребенка. Таким образом, растущий процент детей воспитывается одним родителем (почти всегда матерью) по причине того, что их родители никогда не вступают в брак или откладывают его. [22, 10]

Классификация типов детско-родительских отношений

Исследуя структуру родительского отношения, А.Я. Варга основывается на динамической двухфакторной модели родительского отношения, предложенной Э. Шефером и Р. Беллом, в которой основными факторами являются эмоциональный (любовь-ненависть или принятие-отвержение) и поведенческий (автономия – контроль).

А.Я. Варга выделяет следующие компоненты родительского отношения: интегральное принятие-отвержение родителем ребенка, определяющее когнитивный компонент; межличностная дистанция, определяющая степень эмоциональной близости родителя к ребенку, характеризующая эмоциональный компонент; форма и направление контроля за поведением ребенка, определяющие поведенческий компонент. [1, 5]

Э.Г. Эйдемиллер, А.Е. Личко выделяют шесть типов неправильного семейного воспитания [6]:



1. Бездзорность – недостаточная забота о ребенке и недостаток контроля. Постоянное ощущение ненужности и одиночество может спровоцировать асоциальное поведение ребенка. ь
2. Доминирующая гиперопека – чрезмерная, навязчивая забота и жесткий контроль каждого шага. Данный тип воспитания приводит к отсутствию ответственности и инициативы у ребенка, или же наоборот, может сформировать явное стремление к эмансипации.
3. Потворствующая гиперопека – все потребности ребенка мгновенно удовлетворяются, нет никаких ограничений и запретов. Ребенок – «кумир» и вызывает у родителей лишь восхищение. Как следствие, у ребенка формируются завышенный уровень притязаний к окружающим, эгоизм, нарциссизм.
4. Эмоциональное отвержение – полное отсутствие положительно окрашенных эмоциональных проявлений со стороны родительской фигуры. Ребенок ощущает постоянный дефицит любви, внимания, заботы родителей и это, по мнению авторов классификации, оказывает наиболее отрицательное воздействие на его личность.
5. Жестокое отношение – данный тип воспитания проявляется открыто (побои, насилие) или скрыто (эмоциональная холодность со стороны родителя).
6. Повышенная моральная ответственность – чрезмерно требовательное отношение к ребенку, формирование повышенного чувства ответственности, долга, порядочности и иных высоких моральных качеств

Классификации стилей (типов) семейного воспитания строятся на разных принципах. В некоторых случаях в качестве критерия используются эмоциональные аспекты воспитания, в других — способы воздействия на ребенка или отношение родителей к нему и др. Эти отношения имеют противоречивый характер и охватывают две противоположные позиции: безусловное принятие и любовь, с



одной стороны, и условную оценку, контроль и акцент на развитии определенных качеств — с другой. [7, 9]

Влияние различных стилей воспитания неодинаково для подростков с разными профилями адаптации. Таким образом, вмешательства должны быть адаптированы к конкретным и различным потребностям подростков с интернализирующими проблемами и тех, у кого профиль дезадаптации является более экстернализирующим.

В частности, поощрение авторитетного и снисходительного стилей воспитания значимо способствует улучшению адаптации у подростков с экстернализирующим профилем дезадаптации, но не для тех, у кого в профиле дезадаптации преобладают интернализирующие проблемы [3, 10].

Заключение

Анализ научной литературы выявил доминирующие дисфункциональные паттерны восприятия детско-родительских отношений у детей с психологической зависимостью. Они часто испытывают эмоциональное отвержение со стороны обоих родителей и гиперопеку, особенно со стороны матери. Это приводит к маргинализации в семье и чувству собственной незначимости. Эмпирические данные подтверждают наличие комплексного спектра дисфункциональных переживаний. Эти механизмы важны для планирования психотерапевтической интервенции, направленной на восстановление эмоциональной автономии и улучшение детско-родительских отношений.

Источники и литература / Sources and references:

1. Сорокина, Марина Георгиевна Детско-родительские отношения в жизни взрослых людей / Сорокина М.Г. - Пермь, 2018. - С. 269.
2. Детско-родительское взаимодействие и развитие ребенка раннего возраста / под ред. Л.В. Токарской: коллективная монография. – Екатеринбург, 2019. – 206 с,



3. Особенности детско-родительских отношений в семье (на материалах ивановской области) / М.Т. Польшанная, И.Н. Смирнова / Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского - 2018 - С 99-106, 100.
4. Гадилия А.М, Глод Н.В Социально-психологические установки подростков в структуре детско-родительских отношений // БГПУ им. М. Танка (г. Минск) - 2013 - С. 96-106.
5. Голубева Е.В., Истратова О.Н. Диагностика типов детско-родительских отношений// Российский психологический журнал. Т6 № 1. 2009.
6. Изотова М.Х., Галиева Г.И. Мишени психологической коррекции детско-родительских отношений // Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия- 2019. С. 88-95.
7. Киселева Н.Н.1, Крашенинников Е.Е. Классификация стилей и особенностей семейного воспитания на современном этапе развития института семьи// Московский педагогический государственный университет, Москва, Россия – 2025. С. 235-250
8. Кармалитова Т.В., Анфиногенова О.Б., Салманова Ф.Э., Шмакова О.В., Коробка Т.А., Просветова О.М. Аспекты здоровья детей раннего возраста // В книге: Актуальные проблемы педиатрии // Сборник материалов XII Конгресса педиатров России. Москва, 2008.
9. Divided Families: What Happens to Children when Parents Part / Frank F. Furstenberg, Andrew J. Cherlin / Harvard University Press - 1991. P. 142, 10
10. The Role of Parenting Styles on Behavior Problem Profiles of Adolescents/ Bárbara Lorence , Victoria Hidalgo , Javier Pérez-Padilla ,Susana Menéndez/ International Journal of Environmental Research and Public Health/ Faculty of Psychology, University of Seville, Calle Camilo José Cela, s/n, 41018 Sevilla, Spain- P1-17, 13



ЦИФРОВИЗАЦИЯ ДЕТСТВА КАК НОВАЯ СРЕДА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ

Филиппова Л. М.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Кемерово, Россия

Научный руководитель – старший преподаватель А. С. Яковлев

Аннотация. В данной статье освещается проблема влияния цифровых технологий на психоэмоциональное развитие детей и подростков в условиях стремительного развития цифровых технологий. Анализ современных научных работ показал, что воздействие цифровой среды на нервно-психическое здоровье и общее благополучие молодежи неоднозначно. В статье подчеркивается важность разумного баланса между использованием цифровых устройств и развитием у ребёнка навыков живого общения, творческого мышления и эмоционального интеллекта.

Ключевые слова: цифровые технологии, психоэмоциональное развитие, цифровизация, социальная компетентность, цифровая среда, экранное время, дети, психическое здоровье, тревожность.

DIGITALIZATION OF CHILDHOOD AS A NEW ENVIRONMENT PSYCHOEMOTIONAL PERSONALITY DEVELOPMENT

L.M. Filippova

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific supervisor – Yakovlev A. S.

Abstract. This article examines the impact of digital technologies on the psycho-emotional development of children and adolescents in the context of rapid digital advancement. An analysis of current scientific studies has shown that the impact of the



digital environment on the neuropsychological health and overall well-being of young people is mixed. The article emphasizes the importance of finding a healthy balance between the use of digital devices and the development of children's communication skills, creative thinking, and emotional intelligence.

Keywords: digital technologies, psycho-emotional development, digitalization, social competence, digital environment, screen time, children, mental health, anxiety.

Введение

На сегодняшний день цифровые технологии прочно укоренились в жизни общества, и молодое поколение овладевает ими с поразительной скоростью, зачастую значительно раньше, чем учится ходить и говорить. Современные устройства становятся верными спутниками детства: смартфоны и планшеты нередко появляются в руках детей в самом раннем возрасте, как правило, без должного контроля. Исследование Common Sense Media, проведённое в 2023 году, выявило, что дети 8–12 лет в среднем проводят у экранов более пяти часов ежедневно, а подростки — свыше восьми часов [1]. Такое продолжительное взаимодействие с цифровыми гаджетами не может не отражаться на психоэмоциональном развитии молодого поколения.

С одной стороны, цифровые устройства открывают перед детьми широкие возможности для развития востребованных в современном мире навыков. Они учатся ориентироваться в цифровом пространстве, находить, систематизировать и анализировать информацию, постигать азы программирования. Технологии становятся мощным инструментом обучения, общения, а также развития умственных способностей. Благодаря гаджетам дети могут поддерживать связь с близкими и друзьями, обмениваться знаниями и новыми идеями с единомышленниками из разных уголков планеты [3].



Однако чрезмерное и неконтролируемое использование электронных устройств может представлять серьёзную угрозу для физического и психического здоровья ребёнка. Многочасовое «общение» с экранами чревато нарушениями осанки, ухудшением зрения и расстройствами сна. По данным Всемирной организации здравоохранения (WHO, 2020), свыше 60 % детей в возрасте от 3 до 5 лет проводят перед экранами больше времени, чем рекомендовано специалистами [7]. Исследование, проведённое Национальным институтом здравоохранения США (NIH, 2021), обнаружило, что у детей, которые ежедневно проводят перед экраном более семи часов, выявляются изменения в структуре коры головного мозга.

Центры по контролю и профилактике заболеваний США (CDC, 2022) отмечают, что за последние десять лет уровень тревожных расстройств среди подростков вырос на 25 %, и отчасти это связано с избыточным потреблением цифрового контента [2]. Работы американских педиатров, а также исследования WHO и UNICEF указывают на то, что злоупотребление гаджетами может провоцировать задержки в речевом развитии, нарушения сна, агрессивное поведение, тревожность и дефицит внимания.

Интернет-зависимость, которая чаще всего проявляется в детском и подростковом возрасте, стала одной из самых обсуждаемых форм поведенческой аддикции. Особенно важно изучить, как эта зависимость влияет на формирование эмоционального интеллекта у молодёжи, ведь увлечение виртуальным миром часто идёт в ущерб живому общению и активным играм, которые необходимы для гармоничного развития личности [4].

Таким образом, вопрос о влиянии гаджетов на психоэмоциональное развитие детей и подростков становится всё более актуальным и требует всестороннего изучения с привлечением специалистов из разных областей — педиатров, психологов, педагогов, а также родителей.



Цель исследования — проанализировать, как цифровизация сказывается на нервно-психическом здоровье и психологическом благополучии детей и подростков, как она влияет на их повседневную жизнь, включая образовательный процесс и социальные взаимодействия.

Объекты и методы исследования

В основу исследования легли работы российских и зарубежных учёных, посвящённые проблемам интернет-зависимости и эмоционального интеллекта. Комплексный анализ подростковой интернет-зависимости проводится на пересечении клинической психологии, педагогики и социологии. В качестве диагностических инструментов используются модели, разработанные К. Янг, С. А. Кулаковым и Ченом. Вопросы эмоционального интеллекта исследовали американские учёные П. Салоеви и Дж. Майер.

Результаты и их обсуждение

Анализ данных показывает, что проблема действительно масштабна. По информации «Лаборатории Касперского», более половины российских подростков (56 %), а также значительная доля их зарубежных сверстников (51 % в Европе и 40 % в США) большую часть свободного времени проводят в интернете. Множество научных работ посвящено изучению воздействия цифровых технологий на психическое здоровье молодого поколения [5]. Многие исследователи отмечают рост случаев депрессивных состояний среди подростков. По сведениям ВОЗ, примерно 11 % подростков до 18 лет сталкиваются с депрессивными расстройствами. С возрастом риск развития депрессии увеличивается, при этом у девочек вероятность возникновения депрессивных состояний выше, чем у мальчиков.

Некоторые эксперты связывают учащение случаев депрессии у детей и подростков с продолжительным пребыванием в цифровой среде и активным использованием гаджетов. Кроме того, большинство исследователей подчёркивают



отрицательное влияние цифровых устройств на качество сна пользователей. Недостаток сна может стать причиной тревоги, депрессии и снижения самооценки у детей и подростков, что в целом негативно сказывается на их психическом здоровье.

Современные исследования, базирующиеся на опросах родителей подростков, выявили ряд психологических проблем, которые часто встречаются у молодого поколения [6]. Согласно классификации психических расстройств DSM-5, среди наиболее распространённых симптомов — нарушения внимания, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), обсессивно-фобические расстройства, пониженный эмоциональный фон и тревожно-депрессивные состояния. Интересно, что наличие этих проблем часто коррелирует с количеством социальных сетей, которыми пользуется подросток.

Одной из острых проблем современности стала интернет-зависимость — одна из самых частых форм поведенческой зависимости среди подростков. Впервые это явление описал К. Янг, выделив несколько характерных признаков: преобладание онлайн-активностей над реальными интересами, неспособность контролировать время, проведённое в сети, отрицание наличия проблемы, дискомфорт при ограничении доступа к интернету и ухудшение реальных социальных связей.

Впоследствии С.А. Кулаков разработал метод оценки интернет-зависимости на основе наблюдений родителей, позволяющий отслеживать изменения в поведении подростков и выявлять признаки интернет-зависимости. К таким изменениям относятся: снижение успеваемости, нарушения сна, эмоциональную нестабильность и снижение интереса к общению в реальной жизни.

Широко известной самооценочной методикой является CIAS (Chen Internet Addiction Scale), разработанная Ченом. Данный тест включает в себя 26 вопросов, каждый из которых относится к одной из пяти шкал: компульсивные симптомы (Com), отражающие трудности с самоконтролем, возникающие на фоне постоянного использования интернета; симптомы отмены (Wit), отражающие



психологический дискомфорт, возникающий при отсутствии доступа в сеть; симптомы толерантности (Tol), отражающие тенденцию к постепенному увеличению времени, затрачиваемого на интернет; внутриличностные проблемы и проблемы со здоровьем (IH), отражающие пренебрежение социальной жизнью, а также проявление различных соматических расстройств — нарушения сна, боли в спине, головной боли; проблемы с управлением временем (TM), отражающие приоритетное место интернета в повседневной жизни человека, что негативно влияет на его распорядок дня [9].

Особого внимания заслуживает влияние интернет-зависимости на эмоциональное развитие подростков, в частности на их способность к эмпатии, саморегуляции и управлению эмоциями. Термин «эмоциональный интеллект» ввели в научный оборот П. Саловей и Дж. Майер в 1990 году. Они определили его как способность воспринимать, понимать и управлять своими и чужими эмоциями, а также использовать эмоциональную информацию для решения жизненных задач.

Одной из самых популярных моделей эмоционального интеллекта является модель Д. Гоулмана, которая включает в себя пять ключевых компонентов: самосознание, саморегуляцию, мотивацию, эмпатию и социальные навыки. В отечественной психологии изучением эмоционального интеллекта занимался Д. В. Люсин. Он предложил разделять эмоциональный интеллект на межличностный и внутриличностный, выделяя в каждом из них навыки распознавания, понимания, управления и контроля эмоций [8].

С точки зрения психологии, чрезмерное время, проведённое в виртуальном мире, сокращает количество и ухудшает качество живого общения подростков. Это ограничивает их способность воспринимать невербальные сигналы и снижает интенсивность эмоциональных переживаний. Д. Гоулман отмечает, что недостаток прямого эмоционального контакта мешает развитию зеркальных нейронов — части мозга, которая отвечает за способность к сопереживанию и эмоциональной



отзывчивости. Многочисленные исследования подтверждают, что у подростков с признаками интернет-зависимости значительно ниже уровень эмпатии, саморегуляции и эмоционального самосознания, чем у их сверстников [10]. Эмоциональное оскудение может привести к повышению тревожности, депрессии, проблемам с социальной адаптацией и даже к формированию девиантного поведения.

Недостаточный уровень развития эмоционального интеллекта создаёт серьёзные препятствия для социализации подростков. Они могут столкнуться с такими трудностями, как конфликты с ровесниками и взрослыми, проблемы в установлении и поддержании дружеских и романтических отношений, повышенная социальная тревожность, низкая стрессоустойчивость, склонность к изоляции или агрессивным формам поведения. Кроме того, у таких подростков часто снижается академическая мотивация, теряется интерес к учёбе и реальным увлечениям, которые заменяются виртуальными развлечениями. В долгосрочной перспективе это может негативно сказаться на их профессиональной самореализации и психологическом благополучии.

Заключение

Проведенный анализ научной литературы свидетельствует о том, что влияние цифровых технологий на жизнь детей и подростков гораздо более многогранно и глубоко, чем кажется на первый взгляд. Важно понимать, что привязанность к гаджетам должна интерпретироваться как форма поведенческой аддикции. Постоянное пребывание в виртуальном мире стимулирует мозг к выработке нейромедиаторов, связанных с положительными эмоциями, что может привести к формированию устойчивой зависимости.

Чрезмерное и продолжительное использование детьми и подростками цифровых устройств оказывает стойкое негативное воздействие на развитие эмоционального интеллекта. У подростков, страдающих интернет-зависимостью,



зачастую отмечается дефицит эмоционального интеллекта и способности к пониманию и выражению эмоций, а также ослаблена способность к сопереживанию. Эксперты сходятся во мнении, что необходимо максимально ограничить доступ малышей до трёх лет к электронным устройствам, телевизионным программам и иным средствам подачи интерактивного контента. Это позволит обеспечить корректное формирование нейронных связей в развивающемся мозге ребёнка.

В образовательной среде целесообразно внедрять специальные программы, нацеленные на совершенствование эмоциональной грамотности учащихся. Рационально проводить обучающие семинары и мастер-классы, которые помогут развить эмоциональный интеллект. Немаловажную роль в формировании у детей правильных паттернов взаимодействия с цифровыми технологиями должны играть родители. При грамотном использовании электронные устройства способны выступить в роли эффективного помощника в образовательном процессе и способствовать успешной социальной адаптации.

Таким образом, цифровая социализация — это неотъемлемый элемент эволюции современного социума, который ставит перед нами задачу разработки инновационных стратегий и методов работы.

Источники и литература / Sources and references:

1. Атаманский, Д. Р. Вредные привычки и их влияние на становление здоровой и гармонично развитой личности подростка / Д. Р. Атаманский, В. С. Власов, Н. М. Фадеев. — Текст : непосредственный // Исследования молодых ученых : материалы LXXVIII Междунар. науч. конф. (г. Казань, март 2024 г.). — Казань: Молодой ученый, 2024. — С. 68-72. — URL: <https://moluch.ru/conf/stud/archive/512/18396>.

2. Вышегурова, Л. А. Влияние интернета и видеоигр на детей и взрослых / Л. А. Вышегурова. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2021. — № 34 (376). — С. 71-72. — URL: <https://moluch.ru/archive/376/83775>.



3. Гладких, Т. А. Я-концепция подростков с интернет-зависимостью / Т. А. Гладких, А. В. Семёнова. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2021. — № 35 (377). — С. 57-59. — URL: <https://moluch.ru/archive/377/83801>.
4. Григораш, Н. А. Интегрированный подход к лечению детской интернет-зависимости / Н. А. Григораш. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2022. — № 44 (439). — С. 309-311. — URL: <https://moluch.ru/archive/439/95988>.
5. Жуйкова А.К. Эмоциональный интеллект у интернет-зависимых подростков // Вестник науки №5 (86) том 3. С. 1299 - 1304. 2025 г. ISSN 2712-8849 // Электронный ресурс: <https://www.вестник-науки.рф/article/23151> (дата обращения: 27.10.2025 г.)
6. Милушкина О. Ю., Попов В. И., Скоблина Н. А., Маркелова С. В., Федотов Д. М., Иевлева О. В. Готовность обучающихся медицинского ВУЗа к использованию дистанционных образовательных технологий. Российский Вестник гигиены. 2021; (1): 6–10.
7. Попкова, Н. А. Цифровая зависимость школьников и ее влияние на процесс обучения / Н. А. Попкова. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2025. — № 21 (572). — С. 451-453. — URL: <https://moluch.ru/archive/572/125710>.
8. Трофимова Е.И. Влияние цифровизации на развитие личности современных детей / Е.И. Трофимова // Молодой ученый. — 2021. — 34(376). — с. 170-172.
9. Акименко Г. В., Михайлова Т.М. Феномен «клипового»: идентификация вида когнитивной деятельности // В сборнике: INTERNATIONAL INNOVATION RESEARCH. сборник статей IX Международной научно-практической конференции: в 2 частях. 2017. С. 268-271.
10. Шадрина, М. В. Применение гештальт-подхода в практике психолога при работе с зависимостями / М. В. Шадрина. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2022. — № 45 (440). — С. 345-355. — URL: <https://moluch.ru/archive/440/96087>.



АГРЕССИЯ: ВИДЫ И ПРИЧИНЫ

фон Краббе С. Е.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

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

Аннотация: данная исследовательская работа посвящена анализу понятия агрессии, ее видов, причин возникновения. В работе рассмотрены основные виды агрессии, а также выделены их особенности и проявления. Проведен анализ факторов, способствующих развитию агрессивных проявлений, включая психологические, социальные, биологические и экологические причины.

Ключевые слова: агрессия, вербальная агрессия, физическая агрессия, агрессивное поведение, эмоции, предметная агрессия, эмоциональная агрессия, самоагрессия.

AGGRESSION: TYPES AND CAUSES

fon Krabbe S. E.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Ph.D. in Psychology, Associate Professor Valiullina E. V.

Abstract. this research paper analyzes the concept of aggression, its types, and causes. It examines the main types of aggression, highlighting their characteristics and manifestations. It also analyzes the factors contributing to the development of aggressive behavior, including psychological, social, biological, and environmental causes.

Keywords: aggression, verbal aggression, physical aggression, aggressive behavior, emotions, object aggression, emotional aggression, self-aggression.



Актуальность темы исследования обусловлена широким распространением агрессивного поведения в современном обществе, которое негативно влияет на межличностные отношения, социальную стабильность и психологическое здоровье людей. В условиях высокой социальной напряженности, стрессов и конфликтов проблема агрессии становится особенно значимой как для научного изучения, так и для практического применения эффективных методов ее снижения. Понимание видов и причин агрессии необходимо для разработки адекватных профилактических и коррекционных программ, направленных на снижение уровня агрессивности и формирование позитивного поведения.

Цель исследования – анализ видов и причин агрессии. Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие **задачи**: изучить основные виды агрессии и их особенности, проанализировать психологические, социальные, биологические и экономические причины возникновения агрессии, провести тестирование, проанализировать полученные данные.

Агрессия – это поведение или действия, направленные на причинение вреда, боли или ущерба другому человеку, группе лиц или объекту. Агрессия может проявляться как в физической форме (телесные повреждения, уничтожение имущества), так и в вербальной (оскорбления, угрозы) или психологической (психическое давление, запугивание) [1, 8]. В психологии существует множество определений агрессии, отражающих различные подходы к ее изучению. К примеру, американский психолог Эллис определяет агрессию как «любое поведение, направленное на нанесение ущерба другому существу, которое не желает этого». В то же время в работах отечественных психологов агрессия рассматривается как комплекс реакций личности, во многом обусловленных внутренними и внешними факторами, такими как стресс, фрустрация, социальные конфликты.

Изучение агрессии имеет долгую историю и охватывает несколько научных дисциплин – психологию, социологию, биологию, философию. Первые



систематические исследования агрессивного поведения относятся к началу XX века. Современные исследования агрессии базируются на интегративном подходе, учитывающем влияние биологических, психологических и социальных факторов. При этом особое внимание уделяется изучению механизмов регуляции агрессивного поведения и разработки методов его контроля.

Виды агрессии:

1. По направленности:

- Аутоагрессия – это форма агрессии, при которой вредительство или разрушение направлены внутрь, на самого себя. Этот вид агрессии проявляется в саморазрушительном поведении, суицидальных попытках, самоуничтожении и психологическом напряжении. Аутоагрессия часто связана с эмоциональным дистрессом, внутренней агрессивностью и низкой самооценкой.

- Гетероагрессия – это агрессивное поведение, направленное на других людей или объекты. Этот тип агрессии проявляется в физическом насилии, оскорблениях, угрозах или психологическом давлении. Гетероагрессия является наиболее изученной формой и широко представлена в социальных и межличностных взаимодействиях.

2. По проявлению:

- Вербальная агрессия – выражается в использовании слов для нанесения вреда – оскорбления, ругань, угрозы, унижительные комментарии. Этот вид агрессии может иметь тяжелые последствия для психологического состояния жертвы.

- Физическая агрессия — включает в себя телесное воздействие, такое как удары, толчки, разрушение имущества или нанесение телесных повреждений. Физическая агрессия обычно более очевидна и часто вызывает криминальные последствия.



- Косвенная (скрытая) агрессия – проявляется через пассивно-агрессивное поведение: издевательства, игнорирование, распускание слухов, саботаж. Такой вид агрессии сложнее распознать, он часто связан с психологическим воздействием.

3. По мотивам:

- Инструментальная агрессия – направлена на достижение конкретных целей или выгод. В этом случае агрессия является средством достижения цели, а не выражением эмоций. Например, конфликтная ситуация, когда человек ударяет другого, чтобы заполучить его имущество.

- Враждебная агрессия – связана с желанием причинить вред или нанести ущерб по причине злости, мести или чувства обиды. Этот тип агрессии часто возникает в эмоционально насыщенных ситуациях и не преследует удобных целей, а проявляется как выражение негативных чувств.

4. По причинам:

- Реактивная агрессия – возникает в ответ на какое-либо раздражение, угрозу или обиду. Это импульсивная и эмоциональная реакция, вызванная фрустрацией или стрессом.

- Спонтанная агрессия – проявляется неожиданно и без сознательного мотива. Она характеризуется высокой импульсивностью и недостатком самоконтроля, часто возникает в ситуации сильного эмоционального возбуждения [4, 5, 7].

Причины агрессии

Биологические факторы агрессии связаны с особенностями работы нервной системы, генетикой и гормональным фоном. Ряд исследований показывает, что уровень тестостерона напрямую влияет на склонность к агрессивному поведению. Нарушения в деятельности лимбической системы мозга, особенно в гипоталамусе и миндалевидном теле, также могут повышать агрессивность. Кроме того, наследственные факторы могут предрасполагать человека к повышенной раздражительности и агрессии.



Психологические причины агрессии часто связаны с индивидуальными особенностями личности – уровнем импульсивности, способностью к самоконтролю, уровнем фрустрационной толерантности. Люди с неустойчивой психикой, повышенным тревожным фоном или низкой самооценкой чаще склонны к агрессивным реакциям. Также важную роль играют способы эмоциональной регуляции и наличие психологических конфликтов [3, 10].

Социальные и экологические факторы сильно влияют на проявление агрессии. Семейные конфликты, насилие в детстве, низкий социально-экономический статус, стрессы на работе или учебе создают предпосылки для агрессивного поведения. Социальное давление, конкуренция и культура, пропагандирующая насилие, также способствуют агрессии. Экологические факторы – шум, перенаселенность, ухудшение условий жизни – могут усиливать раздражительность и вспышки агрессии. Агрессия часто сопровождает ряд психических расстройств: шизофрения, биполярное расстройство, психопатии, некоторые формы тревожных и депрессивных заболеваний. При нарушениях психической деятельности человек может неправильно интерпретировать окружающую действительность, что приводит к вспышкам агрессии, направленным как на себя, так и на окружающих.

Физическое и эмоциональное переутомление снижает способность человека контролировать свои реакции и приводит к возрастанию раздражительности, агрессии. Хроническая усталость снижает психическую устойчивость, из-за чего с меньшей провокацией возникает агрессивное поведение. Нарушения функционирования щитовидной железы. Щитовидная железа регулирует обмен веществ и влияет на эмоциональное состояние. Гипертиреоз (повышенная активность щитовидной железы) может приводить к возбуждённому состоянию, нервозности и агрессивности. С другой стороны, гипотиреоз связан с пониженной активностью, но иногда вызывает раздражительность и внутреннее напряжение.



Фрустрация – состояние, возникающее при невозможности удовлетворить потребности или достичь желаемых целей. Она является одной из главных психологических причин агрессии. Человек, испытывая чувство неудовлетворённости, злости и раздражения, может направить агрессию на окружающих или внутрь себя. Внешние ситуации, такие как бытовые конфликты, аварийные ситуации, стрессовые события, конфликтные взаимодействия служат провоцирующими факторами. Повышенный шум, давление, неудобства, конфликты интересов – все это создает условия для обострения агрессивных реакций [2, 9].

Методы и результаты исследования

Для проведения исследования был сформирован отбор респондентов, отражающий разнообразие возрастных, социально-психологических и этнических характеристик. Выборка включала представителей различных социальных групп с целью получения репрезентативных данных об уровне агрессивного поведения в исследуемой популяции. Всего в исследовании приняли участие 73 человека, среди которых были мужчины и женщины различных возрастов – от подростков до взрослых. При отборе учитывались факторы, влияющие на проявление агрессии, такие как социальное положение и уровень образования.

В качестве основного инструмента диагностики агрессии использовался тест агрессивности Л.Г. Почебут, широко применяемый в психологии опросник, направленный на выявление и количественную оценку различных форм агрессивного поведения. Основные шкалы теста включают: вербальная агрессия (проявление агрессии через слова, оскорбления, угрозы); физическая агрессия (использование силы или попытки причинить физический вред другим); предметная агрессия (разрушение или повреждение предметов, вещей как выражение агрессивных эмоций); эмоциональная агрессия (выражение гнева, раздражения, злости на эмоциональном уровне); самоагрессия (направленная агрессия против самого себя, наносимая себе вред).



Для сбора данных участникам были предложены анкеты с тестом Л. Г. Почебут, которые проводились в контролируемой обстановке, обеспечивающей конфиденциальность и свободное выражение мнений. Респонденты заполняли тест самостоятельно, что исключало влияние на результаты. После сбора первичных данных происходила кодировка ответов и систематизация результатов по вышеуказанным шкалам. Для анализа использовались статистические методы: расчёт средних значений и стандартного отклонения по каждой шкале для выявления средних уровней агрессии в выборке; корреляционный анализ для установления взаимосвязи между различными видами агрессии и социально-психологическими характеристиками респондентов; сравнительный анализ для выявления различий в агрессивности по половому и возрастному признаку.

Тест Л. Г. Почебут является важным инструментом в этнопсихологических исследованиях, так как помогает оценить уровень агрессивности, который может служить индикатором риска межэтнических и социальных конфликтов. Разделение агрессии на несколько компонент позволяет более точно определить причины и механизмы поведения, а также нацелить профилактические и коррекционные меры. В свете цели исследования – изучить виды, причины и методы снижения агрессии, данный метод позволяет получить как количественные, так и качественные показатели агрессивности, что повышает научную обоснованность выводов и практических рекомендаций [6].

В исследовании приняли участие респонденты от 17 до 23 лет, из них женщины - 87,7 %; мужчины - 12,3 %. Это говорит о преобладании женской части опроса и наиболее выраженном возрастном сегменте 19 лет. Высокий уровень эмоциональной и вербальной агрессии проявляется в таких ответах: По вопросам, связанным с выражением гнева и агрессии (например, вопросы №1, №2, №10, №24, №26, №34), более половины участников подтверждают такие действия, как повышенный голос, сквернословие, вспышки гнева.



Вопросы, связанные с физической агрессией, говорят о наличии элементов физической агрессивности у части опрошенных (вопрос №3 (27,4%), признающих готовность применить физическую силу). Также высокие показатели в вопросах, связанных с раздражительностью и конфликтностью – готовность к конфликту или выражению своих отрицательных чувств, большинство участников признаются, что они могут злоупотреблять словами или проявлять агрессию в ситуации раздражения (вопросы №2, №9, №10, №23).

В итоге преобладание женщин и их выраженная агрессивность. В отличие от мужской агрессии, женская агрессия в основном выражается вербально и эмоционально. Это подтверждается высоким количеством «да» по вопросам №1, №2, №10, №24. Самые выражено агрессивные ответы зафиксированы у участников 19-летнего возраста, что может свидетельствовать о повышенной конфликтности в ранний взрослый возраст.

Чуть более четверти участников считают возможным применить физическую силу, что показывает наличие ситуативных предпосылок к проявлению агрессии. Большинство, однако, (от 70% и выше) избегают физического насилия, что свидетельствует о доминировании социально приемлемых форм выражения агрессии. Немногие участники признают, что часто ломают предметы или восприимчивы к физической агрессии в детстве, что говорит о том, что проявление агрессивных наклонностей было более выражено в прошлом или в определённых ситуациях. Участники продемонстрировали выраженные признаки склонности к вербальной и эмоциональной агрессии, а также наличие потенциальных рисков физических и психологических проявлений агрессивного поведения.

Заключение

В ходе исследования было выявлено, что агрессия является сложным и многоаспектным явлением, проявляющимся в различных формах. Каждый вид агрессии имеет свои особенности и причины, часто связанные с внутренними



эмоциональными состояниями, социальными факторами и индивидуальными особенностями личности. Причинами возникновения агрессии выступают стрессовые ситуации, чувство несправедливости, неудовлетворённые потребности, низкий уровень эмоционального контроля, а также окружающая социальная среда и воспитание. Агрессия может служить как защитным механизмом, позволяющим справиться с внутренними или внешними угрозами, так и разрушительным фактором, приводящим к негативным последствиям в межличностных отношениях и психологическом здоровье. Важным результатом работы является осознание того, что агрессия не является неизбежным или исключительно негативным явлением. При правильном управлении и контроле она может быть преобразована или снижена. Для этого применяются разнообразные методы, направленные на развитие эмоциональной регуляции, повышение коммуникативных навыков и коррекцию поведенческих моделей.

Источники и литература / Sources and references:

1. Агрегативное поведение. // Википедия / ред. М. В. Петров. URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%8> (дата обращения: 29.09.2025).
2. Агрессивное поведение // Тема.ру. URL: <https://xn--g1ajj1a.xn--p1ai/articles/agressiya/> (дата обращения: 17.09.2025).
3. Валиуллина Е. В. Зависимость понятийного мышления от качественных характеристик его активности // Вестник Кемеровского государственного университета. 2018. № 2. С. 99-103.
4. Валиуллина Е. В. Перспективы медицинского образования: иммерсивные методы обучения // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2021. Т. 2. № 1. С. 39-41.
5. Лечение неконтролируемой агрессии: причины и методы коррекции. URL: <https://arbat25.ru/myi-lechim/psixologkie-pro> (дата обращения: 17.09.2025).



6. Почему возникает агрессия и как с ней бороться // Psychologos.ru. URL: <https://psychologos.ru/articles/vieressiya> (дата обращения: 17.09.2025).
7. Причины агрессии // Продюсерский портал. URL: <https://edprodpo.com/blog/psychology/prichiny-agressii/> (дата обращения: 17.09.2025).
8. Тест агрессивности (опросник Л. Г. Почуто). // NSportal.ru. URL: <https://nsportal.ru/shkola/psikhologiya/librarychebut> (дата обращения: 17.09.2025).
9. Управление конфликтами / Шейнов В. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.livelib.ru/book/146281/readpejnov/~50> (дата обращения: 17.09.2025).
10. Aggression and its causes. // Psychology.pro. URL: <https://edprodpo.com/blog/psycny-agressii/> (дата обращения: 17.09.2025).

**АРТ-ТЕРАПИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ
УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ ЛИЧНОСТИ
В САМОВЫРАЖЕНИИ, САМОПОЗНАНИИ И САМОРАЗВИТИИ**

Хандашков Н. О.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово.

Научный руководитель – А. С. Яковлев

Аннотация. В данной статье рассматривается новый метод психологической помощи - арт-терапия. Описываются социальные и клинические группы, на которые ориентирована современная арт-терапия и ее приоритетные области использования. Рассматриваются феномены, в результате которых достигаются положительные психокоррекционные результаты. Также, в данной статье уделяется внимание интермодальному подходу, который основан на использовании в арт-терапевтической сессии различных видов искусств.

Ключевые слова: арт-терапия, методы, формы, психологическое консультирование, интермодальный подход.



**ART THERAPY AS AN EFFECTIVE WAY TO SATISFY
THE PERSONALITY'S NEED FOR SELF-EXPRESSION,
SELF-KNOWLEDGE, AND SELF-DEVELOPMENT**

Khandashkov N.O.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

Scientific supervisor – Yakovlev A.S.

Abstract. This article discusses a new method of psychological help - art therapy. The social and clinical groups targeted by modern art therapy and its priority areas of use are described. The phenomena are considered, as a result of which positive psychocorrective results are achieved. Also, this article focuses on the intermodal approach, which is based on the use of various types of art in an art therapy session.

Keywords: art therapy, methods, forms, psychological counseling, intermodal approach.

Арт-терапия – это направление психологической коррекции, которое стремится помочь людям осознать и разрешить эмоциональные проблемы, пережить травматический опыт и проблемы со здоровьем и принятием себя.

Целью арт-терапии является самовыражение, расширение личного опыта, самопознание, внутренняя интеграция личности (различных ее аспектов и компонентов) и интеграция с внешней реальностью (социальной, этнической, культурной) [2, С.102].

Современный человек привык мыслить логично и последовательно: конкретности мышления нас обучают с первых лет жизни. Однако значительная часть приобретённых впечатлений и знаний остается неосознанной — впитанные в детстве убеждения и травматические переживания, связанные с запретным, социально неприемлемым или опасным опытом, наше сознание игнорирует либо вытесняет. Мы забываем, почему решили, что слушаться старших хорошо,



а поступать по-своему - плохо. Мы не замечаем собственного агрессивного поведения, впадаем в состояние выученной беспомощности там, где объективно способны влиять на события. А главное - в погоне за логикой и последовательностью мы перестаём чувствовать собственные желания и стремления.

Однако желания, страхи, подавленные эмоции и ощущение собственных возможностей никуда не исчезают. Они живут в подсознании и под влиянием внешних стимулов время от времени выходят на поверхность в виде эмоционально наполненных образов. Далёкие от творчества люди контактируют с ними через сны, чтение книг, просмотр фильмов. Когда вы просыпаетесь от страха или в слезах, горько плачете над фильмом, ругаете рекламу, видите целую историю за картинкой на фантике от конфеты или отчаянно завидуете герою книги — вы эмоционально реагируете не только на внешний стимул, но прежде всего на собственный внутренний процесс. Арт-терапия является новым методом психологической помощи, сегодня она приобрела большую популярность. Метод возник на стыке искусства, творчества и психотерапии в 1940–1960 годы в Англии и Америке, а затем распространился по всему миру. Сейчас профессиональные ассоциации арт-терапевтов есть в большинстве стран мира, в том числе в США, Канаде, Англии, Франции, Германии, Италии, России и других [5].

Арт-терапия представляет интерес при работе с широкой категорией людей. Методы арт-терапии используются при работе с клиентами, страдающими эмоциональными, нервными, психосоматическими расстройствами, с детьми и подростками, имеющими трудности в обучении и социальной адаптации. Арт-техники имеют терапевтические возможности для работы с людьми с интеллектуальной недостаточностью, а также представляют интерес при работе с семьей для решения внутрисемейных конфликтов [4, С.5]



Некоторыми важнейшими социальными и клиническими группами, на которые ориентирована современная арт-терапия, являются:

- люди с проблемами психического и физического здоровья;
- люди, перенесшие психическую травму, связанную с организованным или домашним насилием, природными аномалиями или техногенными катастрофами;
- ветераны боевого стресса, участники локальных вооруженных конфликтов;
- люди пожилого и преклонного возраста с характерными для них психосоциальными проблемами и заболеваниями;
- дети, подростки, молодежь, а также взрослые, находящиеся в аномальных психосоциальных условиях;
- лица с различными зависимостями и созависимостями;
- дисфункциональные и неполные семьи и сообщества;
- стигматизируемые индивиды и группы и т. д. Приоритетными областями практического использования арт-терапии на сегодняшний день выступают:
 - система здравоохранения, реализуемые на базе лечебно-профилактических учреждений и за их пределами комплексные программы лечебной, реабилитационной, профилактической направленности;
 - система образования, включая дошкольные образовательные учреждения, массовые и специализированные школы, учреждения дополнительного образования, дома ребенка, школы-интернаты и др.;
 - учреждения социальной службы и «общественный сектор», в том числе специализированные центры комплексного обслуживания для пожилых людей, детей, подростков и молодежи, общинные центры, общественные организации и фонды с их разнообразными программами развивающей, поддерживающей и реабилитационной направленности, а также лица, группы и организации, выполняющие функции медиации в ситуациях конфликтов;
 - учреждения культуры – дома творчества, музеи, галереи и т. д. [7, С. 15].



В арт-терапии специалист является неотъемлемой частью процесса. Его главная задача — создание безопасного и поддерживающего пространства, в котором клиенты могут свободно проявлять себя в творчестве, выражать подавленные эмоции.

Что делает арт-терапевт:

1. Направляет клиента в творческом процессе, давая задания и подсказывая материалы и техники, которые могут помочь клиенту исследовать свои эмоции и переживания. Он может задавать вопросы, стимулировать рефлекссию и обсуждение того, что происходит в процессе творчества.

2. Помогает клиенту разгадывать символы, метафоры и эмоциональные значения, которые могут быть закодированы в художественных работах. Помогает клиенту проникнуть в глубины своего внутреннего мира, обнаружить скрытые паттерны и получить новое понимание себя.

3. Арт-терапия может вызывать эмоциональные реакции и открывать болезненные или травматические переживания. Арт-терапевт предоставляет эмоциональную поддержку и помогает клиенту проживать и осознавать свои чувства, помогая им найти безопасный выход вовне [5].

Арт-терапевтический процесс обладает рядом особенностей, связанных с тем, что отношения клиента и арт-терапевта опосредуются продуктом творческой деятельности клиента (рисунок, история, музыкальное произведение, танец и т. д.) и отражают процесс творческой экспрессии [3, С.12].

Согласно исследованию 2016 года, опубликованному в Журнале Американской ассоциации арт-терапии, менее часа творческой активности может снизить стресс и оказать положительное влияние на психологическое здоровье. Для достижения эффекта арт-терапевты используют различные художественные методы, включая рисование, живопись, скульптуру и создание коллажей. (статья



Рисование — это не арт-терапия: как творчество становится психологической помощью).

Достижение положительных психокоррекционных результатов в арт-терапии происходит за счет следующих феноменов:

- развитие и усиление внимания к своим чувствам и переживаниям, что повышает самооценку;
- сам процесс творчества, дающий возможность свободно выразить свои чувства, потребности и фантазии в виде продукта творчества (рисунка, коллажа, скульптуры, звуковой композиции, сказочной истории, танца) и являющегося безопасным способом разрядки напряжения;
- возможность заново пережить внутренние конфликты прошлого в результате соприкосновения со своим бессознательным и общения с ним на символическом языке образов в условиях безопасного пространства и безусловной поддержки со стороны психолога;
- возникновение чувства внутреннего контроля и порядка, так как творчество приводит к необходимости организовывать окружающее пространство (формы и цвета, звуки, слова, движения);
- освоение новых форм опыта [3, С.17-18].

Арт-терапия широко используется с другими формами терапии искусства и психотерапевтическими техниками, может применяться в сочетании с элементами изотерапии, музыкальной терапии, вокалотерапии, сказкотерапии, маскотерапии, библиотерапии, песочной терапии, игровой терапии, драма-терапии, танце-двигательной терапии, кататимно-имагинативной терапии (символдрама) и пр. Каждое направление арт-терапии в большей или меньшей степени присуще тому или иному подходу [2, С. 102].

Выделяется интермодальный подход (терапия выразительными искусствами, expressive arts therapy), который основан на использовании в арт-терапевтической



сессии различных видов искусств одновременно: поощряется самовыражение различными средствами в одном творческом акте, переходы от одной модальности творческой деятельности к другой (изобразительное искусство, пение, сочинительство, танец, драма и пр.), тем самым происходит переключение сенсорных модальностей [2, С. 102].

Интермодальная терапия экспрессивными искусствами или экспрессивная терапия (Expressive arts therapy) - молодое пассионарное направление арт-терапии, возникшее в 70-е годы прошлого века в США и Европе. Среди основоположников этого направления обычно называют имена Паоло Книлла, Шона МакНиффа, Стивена и Элен Левин, Натали Роджерс, и других. Интермодальная терапия сегодня - бурно развивающееся направление со своими изданиями, международными конференциями и международной Ассоциацией [6, С. 58].

Интермодальные переходы способствуют саморазворачиванию сознания и продуктивной работе переживания. В подходе интермодальной терапии экспрессивными искусствами мы помогаем разворачиваться саморазворачивающемуся потоку сознания, поддерживая и усиливая это разворачивание через интермодальные переходы.

Например, мы можем попросить человека нарисовать линию на листе бумаги, а затем провести рукой линию в воздухе, отражающую движение линии на листе бумаги; мы можем спросить: «Какой образ напоминает вам это движение?», предоставив варианты: ракета, взлетающая вверх; змея, ползущая по земле; улитка, дорога или линия горизонта. Следующим шагом мы можем попросить написать сказку или историю про эту змею, улитку, дорогу, ракету... В результате мы неизменно получим историю, каким-то образом связанную с важными переживаниями и темами автора, хотя он, может быть, об этом и не подозревал сначала. Таким образом, языки искусства являются направляющим средством настройки и саморазворачивания сознания. В каком-то смысле этот процесс



напоминает свободные ассоциации, использующиеся еще на заре психотерапии, но при этом свободные ассоциации, отлитые в форму искусства [6, С. 62].

Арт-терапия на современном этапе ее развития существует в индивидуальном и групповом вариантах. Индивидуальная арт-терапия может применяться в психиатрии: для лиц, к которым нельзя применить вербальную психотерапию (олигофрены, психотики, лица пожилого возраста с нарушением памяти часто способны выражать свои переживания в изобразительной форме), пациентов с неглубокими психическими расстройствами невротического характера; для детей и взрослых с проблемами вербализации, с посттравматическими расстройствами [8, С. 93].

Индивидуальный арт-терапевтический процесс, как правило, строится на основе психодинамического подхода — исследование бессознательного на продуктах изобразительной деятельности. Как другие формы психотерапии, арт-терапия предполагает психотерапевтический контакт, установление психотерапевтических отношений, феномены переноса и контрперенос. Арт-терапевт всегда рядом с пациентом во время его творчества. Он не комментирует, не высказывает замечания, что способствует выражению эмоций (в частности отрицательных), выясняет с помощью вопросов все, что делает пациент. Однако никогда не оценивает работу пациента ни с эстетической, ни с другой точки зрения. Индивидуальная арт-терапия может длиться несколько месяцев и даже лет [8, С. 93].

Групповые формы арт-терапии используются в здравоохранении, образовании, в социальной сфере. Групповая арт-терапия помогает:

- ◆ развивать социальные и коммуникативные навыки;
- ◆ предоставить взаимную поддержку членам группы и решить общие проблемы;
- ◆ наблюдать результаты своих действий и их влияние на других;
- ◆ усваивать новые роли и проявлять латентные (скрытые) качества личности;



◆ наблюдать, как модификация ролевого поведения влияет на взаимоотношения с другими;

◆ повышать самооценку;

◆ развивать навыки принятия решений.

Арт-терапевтическая группа предполагает демократичную атмосферу, связанную с равенством прав и ответственности участников группы, уменьшая степень их зависимости от арт-терапевта. В такой группе важно не только взаимодействие с другими участниками группы, но и индивидуальное творчество, изобразительная работа, влияющая на динамику общего процесса. В групповой арт-терапии сочетается стремление участников к слиянию с группой и сохранению групповой идентичности и потребности в независимости, укреплении индивидуальной идентичности.

Заключение

Арт-терапия относится к инсайт-ориентированным методикам, то есть, она направлена на переживания инсайта. Анализируя или просто созерцая свою работу, человек самостоятельно приходит к пониманию проблемы или самого себя, что приносит гораздо больший эффект, чем если бы это было навязано психотерапевтом.

Одним из основных преимуществ арт-терапии является то, что исцеление, развитие собственного потенциала и приобретение внутренней гармонии доступны каждому - этот метод не требует специальной подготовки, навыков и талантов со стороны клиента. Наоборот, они даже могут помешать, поскольку задают стандарты. Поэтому, если личность ранее занималась каким — либо видом искусства, ей предлагают на время забыть все, что она знает, или использовать для работы другой вид творчества. Здесь важна спонтанность, которая позволяет человеку выразить себя, понять свои чувства, научиться доверять и быть открытым [1, С. 88].



В психологическом консультировании творческая деятельность как мощное средство сближения людей становится так называемым «мостом» между психологом и клиентом. Арт-терапия имеет определенные преимущества для ее применения в работе с клиентом, и направлена на решение внутренних и межличностных конфликтов, кризисных ситуаций, формирует активную жизненную позицию и уверенность в себе, облегчает процесс коммуникации с окружающими людьми и т. п.

Таким образом, арт-терапия в системе психологического консультирования имеет значительные преимущества для использования специалистом в работе с клиентом и в зависимости от ситуации, личностных качеств клиента работа проводится индивидуально и с тем методом, который необходим для решения жизненной ситуации человека.

Источники и литература / Sources and references:

1. Володина К. А. Применение арт-терапии в деятельности практического психолога в организации // Организационная психология. 2017 Т. 7. № 2 С. 86–101.
2. Калиш И.В. Терапия в системе методов психологического консультирования студентов// Системная психология и социология. М.: МГПУ, 2014 № 1 (9). С. 100-106
3. Киселева М.В. Арт-терапия в практике психологии и социальной работе. Санкт-Петербург 2007 г. 336 стр.
4. Методы арт-терапии в работе с детьми и подростками : учеб.-метод. пособие / сост. Е. А. Клокель, Н. А. Бурдыко ; Академия образования. – Минск, 2025. – 265 с.
5. Постельгина Полина. Рисование — это не арт-терапия: как творчество становится психологической помощью 03.09.2023 URL: <https://www.psychologies.ru/articles/risovanie-eto-ne-art-terapiya-kak-tvorchestvo-stanovitsya-psikhologicheskoi-pomoshyu/>



6. Сидорова В.В. Развитие переживания и роль другого в контексте интермодальной терапии экспрессивными искусствами // Познание и переживание. 2023 Т. 4 № 3 С. 57–69.

7. Современная клиническая арт-терапия. Учебное пособие/А. И. Копытин - «Когито-Центр», 2015 — (Университетское психологическое образование) с.74

8. Тарасенко А.А. Современные методы арт-терапии в психологическом консультировании, перспективы практического применения// Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики». Серия: Познание №7 июль 2019 г. С. 92-97.

ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ИНДУЦИРОВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ПАВ

Хорошилова Д. В.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель –старший преподаватель А. С. Яковлев

Аннотация. В обзоре представлен сравнительный анализ психотических расстройств, индуцированных употреблением различных групп психоактивных веществ (ПАВ). Актуальность темы обусловлена ростом потребления новых психоактивных веществ (НПВ) и традиционных наркотиков, что ведет к увеличению частоты встречаемости данных расстройств. Рассмотрены общие патогенетические механизмы провокации психозов, ключевым из которых является дисрегуляция дофаминергической и глутаматергической систем мозга. Проведена детальная сравнительная характеристика клинической картины психозов, индуцированных психостимуляторами, каннабиноидами, галлюциногенами и депрессантами ЦНС, с выделением специфических особенностей для каждой группы ПАВ. Особое



внимание уделено тяжелым и резистентным формам психозов, связанных с употреблением синтетических катинонов и каннабимиметиков. Проанализированы особенности течения и прогноза, включая риск трансформации вещества-индуцированного психоза в первичное эндогенное заболевание, такой как шизофрения. Описаны современные стратегии терапии, включающие применение атипичных антипсихотиков в острой фазе, и комплексные подходы к реабилитации и профилактике рецидивов, направленные на лечение аддиктивной патологии. Определены перспективные направления для дальнейших исследований, включая изучение долгосрочных последствий употребления НПВ и разработку дифференцированных реабилитационных программ.

Ключевые слова: вещество-индуцированный психоз, психоактивные вещества (ПАВ), новые психоактивные вещества (НПВ), клиническая картина, патогенез, дифференциальная диагностика, атипичные антипсихотики, реабилитация, синтетические катиноны, каннабиноиды.

PSYCHIATRIC DISORDERS INDUCED BY THE USE OF VARIOUS GROUPS OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Khoroshilova D.V.

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Yakovlev A. S.

Abstract. The review presents a comparative analysis of psychotic disorders induced by the use of various groups of psychoactive substances (PAS). The relevance of the topic is due to the growing consumption of new psychoactive substances (NPS) and traditional drugs, which leads to an increase in the frequency of occurrence of these disorders. The review discusses the common pathogenetic mechanisms of provoking psychosis, the key of which is the dysregulation of the dopaminergic and glutamatergic systems of the brain. A detailed comparative analysis of the clinical picture of psychoses



induced by psychostimulants, cannabinoids, hallucinogens, and CNS depressants has been conducted, highlighting the specific features of each group of substances. Special attention has been paid to severe and resistant forms of psychoses associated with the use of synthetic cathinones and cannabimimetics. The features of the course and prognosis have been analyzed, including the risk of substance-induced psychosis transforming into a primary endogenous disease, such as schizophrenia.

Keywords: substance-induced psychosis, psychoactive substances (PAS), new psychoactive substances (NPS), clinical picture, pathogenesis, differential diagnosis, atypical antipsychotics, rehabilitation, synthetic cathinones, and cannabinoids.

Введение

Психотические расстройства, индуцированные употреблением психоактивных веществ (ПАВ), представляют собой гетерогенную группу патологических состояний, характеризующихся возникновением бредовых идей, галлюцинаций, расстройств мышления и поведения, возникающих в период интоксикации, абстиненции или вскоре после употребления психоактивного вещества при отсутствии признаков первичного эндогенного психоза [3]. Рост потребления как традиционных наркотиков, так и новых психоактивных веществ (НПВ) обуславливает увеличение частоты данной патологии [4, 9].

Особую сложность представляет дифференциальная диагностика между психозом, индуцированным веществом (ВИП), и дебютом эндогенного процесса, что имеет прямые последствия для выбора стратегии терапии и прогноза [2, 6].

Несмотря на значительное разнообразие фармакологических групп ПАВ, ключевым патогенетическим механизмом индуцированного психоза является нарушение регуляции дофаминергической и глутаматергической нейромедиаторных систем. Психостимуляторы (амфетамин, кокаин, синтетические катиноны) резко повышают концентрацию дофамина в мезолимбической системе за





демонстрирует, что риск перехода каннабис-индуцированного психоза в шизофрению достигает 34% [7].

Синтетические каннабимиметики (спайсы) обладают более высокой психотомиметической активностью, часто вызывают затяжные психозы с эпизодами кататонии, стойкими когнитивными нарушениями и эмоциональной тупостью [4].

Галлюциногены и диссоциативы. При употреблении LSD, псилоцибина и других психоделиков ведущими являются зрительные галлюцинации, феномены синестезии, нарушение схемы тела и искажение восприятия времени. Психотические состояния, индуцированные NMDA-антагонистами (фенциклидин, кетамин), характеризуются грубыми расстройствами мышления, отрешённостью от окружающего, кататоническими проявлениями и стойкой негативной симптоматикой [7].

Алкоголь. Алкоголь-индуцированные психотические расстройства чаще возникают в структуре абстинентного синдрома (алкогольный галлюциноз) или при хроническом употреблении (алкогольный параноид). Алкогольный галлюциноз характеризуется преобладанием слуховых вербальных галлюцинаций при формально ясном сознании, а алкогольный параноид – бредом ревности, который формируется постепенно на фоне личностной деградации [3].

Особенности течения и прогноза. Течение ВИП вариабельно и зависит от типа ПАВ, длительности употребления, доз и преморбидных особенностей индивида. В типичных случаях, например, при однократной интоксикации, психотическая симптоматика редуцируется в течение нескольких дней или недель после отмены вещества и проведения детоксикации [1, 3]. Однако при длительном употреблении, особенно психостимуляторов и синтетических каннабиноидов, психоз может приобретать затяжное течение, длящееся месяцами, даже после полного прекращения приема ПАВ [2, 9].



Ключевым прогностическим фактором является трансформация ВИП в первичное психическое расстройство, в первую очередь, шизофрению. Наибольший риск такой трансформации ассоциирован с каннабиноидами и психостимуляторами [1, 7]. Считается, что ПАВ выступают в роли "триггера", запускающего латентно протекающий эндогенный процесс у лиц с генетической предрасположенностью. Личностные особенности пациентов, такие как высокая импульсивность, низкий самоконтроль и эмоциональная неустойчивость, также ухудшают прогноз и способствуют хронизации как аддиктивного, так и психотического расстройства [5].

Стратегии терапии и реабилитации. Терапия ВИП является комплексной и включает неотложные мероприятия, длительную фармакотерапию и психосоциальную реабилитацию.

Острая фаза: Основная задача купирование психомоторного возбуждения, агрессии и продуктивной психотической симптоматики, а также детоксикация. Препаратами выбора являются атипичные антипсихотики (рисперидон, оланзапин, кветиапин), которые обладают достаточной эффективностью и более благоприятным профилем побочных эффектов по сравнению с типичными нейролептиками [6, 8]. В случаях тяжелого возбуждения может потребоваться парентеральное введение бензодиазепинов (лоразепам, диазепам) в комбинации с антипсихотиками. Важно отметить, что при психозах, индуцированных стимуляторами или диссоциативами, использование типичных нейролептиков (например, галоперидола) может усугублять экстрапирамидные симптомы и быть менее эффективным [7].

Стабилизация и профилактика рецидивов: после купирования острой симптоматики решающее значение приобретает терапия, направленная на профилактику рецидивов. Это подразумевает длительную поддерживающую терапию антипсихотиками, особенно в случаях затяжного течения или высокого риска трансформации в эндогенное заболевание [6]. Однако центральное место



занимает лечение основного аддиктивного расстройства. Применяются мотивационное интервьюирование, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), направленная на выявление и коррекцию паттернов мышления, ведущих к употреблению, а также программы профилактики рецидивов [5, 8].

Реабилитация. Психосоциальная реабилитация должна быть направлена на восстановление когнитивных функций (внимание, память, исполнительные функции), часто нарушенных вследствие длительной наркотизации, развитие навыков совладания со стрессом без применения ПАВ, а также реинтеграцию в общество (трудовая занятость, социальные связи) [6]. Разработка дифференцированных реабилитационных программ с учетом типа, употребляемого ПАВ и особенностей клинической картины является перспективным направлением.

Заключение

Проведенный сравнительный анализ позволяет сделать следующие выводы. Во-первых, психотические расстройства, индуцированные ПАВ, представляют гетерогенную группу состояний, клиническая картина которых, несмотря на общие черты, обладает определенной специфичностью, зависящей от фармакологического класса вещества. Наиболее тяжелые и резистентные формы психозов наблюдаются при употреблении синтетических психостимуляторов ("солей") и каннабимиметиков ("спайсов"). Во-вторых, течение ВИП может варьировать от кратковременного до хронического, с высоким риском трансформации в шизофрению, особенно при употреблении каннабиноидов. В-третьих, терапевтическая стратегия должна быть комплексной, включающей атипичные антипсихотики в острой фазе, длительную противорецидивную терапию и обязательную коррекцию аддиктивного поведения с помощью психотерапевтических и реабилитационных подходов.

Перспективы дальнейших исследований видятся в изучении долгосрочных последствий употребления НПВ для психического здоровья, в идентификации



надежных биологических маркеров (нейровизуализационных, генетических), позволяющих дифференцировать ВИП от первичных психозов на ранних стадиях, а также в разработке и валидации дифференцированных протоколов терапии и реабилитации, учитывающих тип употребляемого ПАВ и индивидуальный профиль пациента.

Источники и литература / Sources and references:

1. Арзуманов Ю.Л., и др. Личностные особенности людей с зависимостью от синтетического психоактивного вещества // Системная психология и социология. 2019. №30. С. 56-67.
2. Гофман А.Г., и др. Индуцированные наркотическими веществами психозы и шизофрения: точки соприкосновения // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2018. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/indutsirovannye-narkoticheskimi-veschestvami-psihozy-i-shizofreniya-tochki-soprikosnoveniya>
3. Психические расстройства, ассоциированные с употреблением психоактивных веществ // Медицинская психология. 2017. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihicheskie-rasstroystva-assotsiirovannye-s-upotrebleniem-psihoaktivnyh-veschestv>
4. Острые эффекты новых психоактивных веществ в клинической практике // Вестник Казахстанского медицинского университета. 2022.
5. Арзуманов Ю.Л., Коротина О.В., Абакумова А.А. Личностные особенности людей с зависимостью от синтетического психоактивного вещества // Системная психология и социология. 2019. №30.
6. Substance-induced or substance-associated primary psychoses: continuing the discussion // Российский психиатрический журнал. 2023. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/substance-induced-or-substance-associated-primary-psychoses-continuing-the-discussion-a-response-to-i-a-fedotov-et-al>



7. Murrie B., et al. Transition of Substance-Induced, Brief, and Atypical Psychoses to Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2020.
8. Wilson L., et al. The Epidemiology of Drug-Induced Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Pharm Des.* 2022.
9. Evren C., et al. New Psychoactive Substances: A Review and Update. *Curr Addict Rep.* 2019.

СТЕРЕОТИПЫ В ГЕНДЕРНЫХ УСТАНОВКАХ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Шабанова Л. О.

Кафедра общей психологии

*Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Научный руководитель – Бондарева Е. В.

Аннотация. В данной статье рассмотрено влияние стереотипов и предубеждений на выбор партнёра в юношеском возрасте, когда формируются ключевые элементы личностной идентичности. Рассматриваются социальные и культурные стереотипы, влияющие на восприятие партнёра и выбор отношений среди подростков, особенно в контексте внешности, социального статуса и гендерных ожиданий. Анализируются последствия этих влияний для эмоционального развития, самооценки и межличностных взаимодействий.

Ключевые слова: стереотипы, предубеждения, выбор партнёра, юношеский возраст, гендерные роли, межличностные отношения, личностное развитие.

STEREOTYPES IN GENDER ATTITUDES OF CONTEMPORARY

Shabanova L. O.

Department of General Psychology

National University of Uzbekistan named after Mirzo Ulugbek, Tashkent

Scientific supervisor – Bondareva E.V.



Abstract. The article examines the influence of stereotypes and prejudices on partner choice during adolescence, a period when key elements of personal identity are formed. It explores social and cultural stereotypes affecting adolescents' perceptions of potential partners and relationship choices, particularly in the context of appearance, social status, and gender expectations. The consequences of these influences on emotional development, self-esteem, and interpersonal interactions are analyzed.

Keywords: stereotypes, prejudices, partner choice, adolescence, gender roles, interpersonal relationships, personal development.

Введение

Юношеский возраст – это время активного поиска себя, формирования личной идентичности и установления отношений с окружающими. В этот период подростки стремятся понять, кто они, как воспринимают себя и других, а также какие ожидания и стандарты существуют в обществе относительно их поведения и внешности. Одним из важных аспектов, влияющих на это восприятие, является наличие стереотипов и предубеждений, которые оказывают влияние на выбор партнёра и на отношения в целом.

Стереотипы – это обобщённые представления о людях, которые часто оказываются чрезмерно упрощёнными или даже искажёнными. Эти стереотипы не просто отражают реальность, но и формируют наши ожидания, поведение и реакции на других людей. В подростковом возрасте, когда происходят ключевые изменения в социальной и эмоциональной сфере, стереотипы становятся особенно мощным фактором, определяющим, кого мы воспринимаем как «подобающего» партнёра, а кого нет.

Молодые люди часто сталкиваются с ожиданиями и стандартами, навязанными обществом, что может ограничивать их свободу выбора и развитие личных отношений. Например, стереотипы, связанные с внешностью, социальным



статусом, этнической принадлежностью или половой ролью, влияют на то, кого подростки считают «подобающим» партнёром. В то же время эти предвзятые представления могут не только ограничить их возможности для построения здоровых и искренних отношений, но и наносить удар по самооценке, когда подростки не соответствуют этим идеализированным стандартам.

Для подростков, которые ещё только начинают учиться строить эмоциональные связи, важно понимать, что истинные отношения не всегда соответствуют этим стереотипам. Влияние социальных ожиданий может приводить к ошибочным выборам, когда человек ищет партнёра, соответствующего идеалам, но не удовлетворяющего его внутренние потребности и ценности. Эти разочарования могут оставить глубокие эмоциональные следы и повлиять на дальнейшее развитие личности.

Методология исследования

Цель данной статьи – рассмотреть, как стереотипы и предубеждения формируют выбор партнёра в юношеском возрасте, и как это влияет на психоэмоциональное развитие подростков. Делается попытка проанализировать, каким образом социальные нормы и культурные ожидания могут как ограничивать, так и, наоборот, расширять возможности для построения искренних и гармоничных отношений. Мы исследуем, как стереотипы о внешности, социальном статусе и гендерных ролях влияют на восприятие подростками себя и других, а также на их способность строить отношения, основанные на взаимном уважении и понимании.

В процессе исследования будет проведен обзор существующей теоретической и эмпирической литературы, посвящённой влиянию стереотипов и предубеждений на выбор партнёра в юношеском возрасте. Особое внимание будет уделено работам, рассматривающим психосоциальное развитие подростков, влияние социальных норм и культурных ценностей на восприятие себя и других. Исследования, посвящённые стереотипам, связанным с внешностью, социальным статусом,



этнической принадлежностью и гендерными ролями, будут проанализированы с целью выявления их воздействия на межличностные отношения.

Литературный обзор по проблеме.

Юношеский возраст представляет собой период, насыщенный изменениями как в физическом, так и в психологическом плане. На этом этапе завершается формирование личной идентичности, а отношения с окружающими становятся значимыми как для самоопределения, так и для понимания роли в обществе. Одним из важных аспектов этого процесса является выбор партнёра для межличностных отношений. Здесь особую роль играют стереотипы и предубеждения, которые оказывают влияние на восприятие других людей, а также на способность подростков строить подлинные отношения, основанные на взаимном уважении и понимании. На протяжении юношеского возраста молодежь активно формирует свои представления о том, какие качества должны быть присущи «идеальному» партнёру, что зачастую определяется под воздействием социальных и культурных стереотипов, гендерных норм и общественных ожиданий.

Стереотипы и предубеждения, которые пронизывают различные сферы жизни, сильно влияют на выбор партнёра. Этот процесс не всегда осознаётся подростками, и зачастую их решения принимаются бессознательно, на основе тех стереотипных представлений, которые они приобрели через социальное окружение. Стереотипы об окружающих касаются множества аспектов, включая внешность, социальный статус, этническую принадлежность и другие характеристики, которые, согласно общественным нормам, должны быть присущи «подобающему» партнёру [1, С.65].

Однако важно отметить, что стереотипы могут оказывать как положительное, так и отрицательное влияние. Положительные стереотипы, например, идеализированные представления о внешности или успешности партнера, могут создать завышенные ожидания, которые затем оказываются неосуществимыми. Напротив, негативные стереотипы, основанные на этнической принадлежности,



социальном статусе или других характеристиках, могут значительно ограничить выбор и привести к исключению целых категорий людей из возможного круга партнёров [2, 102].

Стереотипы часто работают на уровне подсознания, направляя восприятие человека и создавая рамки, внутри которых подростки делают свой выбор. Этот процесс в конечном итоге формирует восприятие других людей не как уникальных личностей, а как представителей определённой группы, с набором заранее определённых качеств.

Социальные и культурные стереотипы имеют особое значение, так как они формируются и усиливаются в социуме, действуя как своего рода фильтры для восприятия реальности. Общество, подкрепляемое масс-медиа, школой, семьей и сверстниками, активно транслирует определённые нормы, что приводит к становлению массовых представлений о том, какие качества должен иметь «подобающий» партнер. Это давление со стороны социальных норм приводит к тому, что подростки начинают ассоциировать привлекательность партнера с определёнными внешними признаками, социальным статусом и поведением [3, С.59]. В свою очередь, эта тенденция ограничивает личный выбор и препятствует появлению отношений, которые могли бы быть основаны на более глубоком взаимопонимании и совместимости.

Не менее важным является влияние гендерных стереотипов. Общество, пропагандируя традиционные представления о мужской и женской роли, определяет, какими должны быть «правильные» партнёры, внося свой вклад в развитие предвзятых взглядов. Исследования показывают, что стереотипы, связанные с гендерными ролями, влияют на восприятие подростками возможных партнёров и часто приводят к выбору, соответствующему устоявшимся нормам, а не реальным эмоциональным потребностям. Например, подростки могут ориентироваться на социальные ожидания, что мужчины должны быть сильными и



независимыми, а женщины – заботливыми и послушными. Эти гендерные предубеждения сужают их восприятие партнёра, ограничивая возможность развития здоровых и равноправных отношений [8, С.96]. В условиях строгих социальных норм, которые навязывают определённые роли для мужчин и женщин, подростки начинают воспринимать отношения через призму этих ролей.

Мужчины часто воспринимают женщин как объекты, соответствующие определённым стандартам красоты и поведения, а женщины, в свою очередь, ищут в мужчинах социальную состоятельность и уверенность [4, С.121]. Такие гендерные стереотипы формируют ограниченные рамки для восприятия противоположного пола, что в свою очередь влияет на способность подростков видеть партнера как человека, а не как носителя социально одобряемых характеристик. В то же время, это приводит к искажению реального восприятия, ограничивая эмоциональную глубину и взаимное понимание.

Кроме того, стереотипы, касающиеся внешности, играют важную роль в юношеском выборе партнёра. В подростковом возрасте внешность часто становится главным ориентиром для выбора партнёра [5, С.138]. Это неудивительно, учитывая высокую значимость внешних признаков в процессе социальной идентификации, когда подростки начинают искать одобрение в глазах окружающих и стремятся соответствовать социальным стандартам. Исследования показывают, что восприятие красоты становится основой для формирования предпочтений в межличностных отношениях, и нередко предпочтение отдается тем партнёрам, которые соответствуют идеалам, принятым в обществе [7, С.125]. Это связано с тем, что физическая привлекательность воспринимается как показатель социальной успешности, и подростки стремятся выбирать партнёров, которые обеспечат им социальное признание, подтверждающее их принадлежность к «правильной» социальной группе. Однако это создаёт искажённое восприятие партнерства, сводя отношения к визуальным и поверхностным признакам, игнорируя более глубокие



аспекты взаимодействия. Стандарты красоты, часто транслируемые средствами массовой информации, становятся ориентиром для подростков, что приводит к выбору партнёра на основе его физической привлекательности, а не на основе внутренних качеств, таких как личностная зрелость, эмоциональная совместимость или готовность к взаимным усилиям в отношениях.

Не менее значимой является роль социальных и экономических стереотипов, которые часто влияют на выбор партнёра в подростковом возрасте. Социальный статус, материальное положение и принадлежность к определённой группе становятся важными факторами в выборе партнёра, что объясняется желанием подростков укрепить своё положение в социальной иерархии. В обществе, где материальные и социальные критерии играют решающую роль, подростки могут выбирать партнёров, основываясь на их социальном статусе, а не на реальной совместимости. Это создаёт тенденцию к поверхностным выборам, где материальное положение становится более значимым, чем личные качества человека. Подростки могут воспринимать партнёра через призму его финансовых или социальных достижений, что, в свою очередь, ведёт к упрощённому и ограниченному восприятию отношений [9, С.105].

Примечательно, что именно в юношеском возрасте, когда происходят активные процессы самоопределения, подростки сталкиваются с большим количеством социальных норм и стереотипов, которые влияют на их восприятие собственного «я» и других. Для многих подростков важным становится соответствие этим стандартам, что может привести к занижению собственной самооценки, если они не соответствуют ожиданиям общества или не могут найти «идеального» партнёра в рамках этих стереотипных норм [6, 56]. Это отражается на выборе партнёра и может привести к установлению поверхностных отношений, лишенных глубины и искренности.



Влияние стереотипов на выбор партнёра среди подростков является многогранным и многозначным процессом. Это не только способствует формированию поверхностных представлений о людях, но и ограничивает возможности для более глубоких и подлинных отношений. Важно отметить, что в юношеском возрасте, когда происходит активная работа над самоопределением и личностным ростом, стереотипы и предвзятости могут существенно помешать этому процессу, тормозя развитие подростка и его способность строить зрелые и осознанные отношения.

Заключение

Подростковый возраст является важным этапом в процессе формирования личной идентичности и социальных связей. В это время значительную роль в принятии решений и восприятии окружающих играют стереотипы, которые, проникая в сознание, ограничивают или, наоборот, формируют представления о партнёре. Влияние стереотипов, будь то связанных с внешностью, социальным статусом, гендерными ролями или этнической принадлежностью, значительно сужает выбор, предоставляя подросткам лишь узкие рамки для формирования межличностных отношений. Стереотипы создают ложные ориентиры, под которыми подростки начинают выбирать своих партнеров, не всегда учитывая глубину эмоций и реальную совместимость.

Одновременно с этим, стереотипы могут ограничивать развитие здоровых отношений, основанных на взаимном уважении и понимании. Вместо того чтобы воспринимать человека как уникальную личность, подростки склонны сводить его к набору предвзятых характеристик, что делает невозможным истинное эмоциональное взаимодействие. Это ведет к поверхностным связям, которые могут стать источником фрустрации и неуверенности, особенно в условиях постоянного давления социальных норм и ожиданий.



Таким образом, стереотипы не только влияют на выбор партнёра, но и формируют психологические установки, которые определяют успешность или неудачность будущих отношений. Важнейшей задачей для подростков, а также для общества в целом, является осознание этих механизмов и стремление к разрушению ограничивающих стереотипов. Важно понимать, что истинные, зрелые отношения могут развиваться только в условиях уважения к индивидуальности, а не в рамках заранее заданных социальных ожиданий. Только избавившись от стереотипного восприятия и предвзятости, подростки смогут открыть для себя подлинную глубину человеческих связей и строить полноценные, гармоничные отношения, основанные на взаимном уважении и понимании.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Бем, С. Л. Гендерные схемы: как мужчины и женщины видят мир. М.: Речь, 2000. 298 с.
2. Гофман, Э. Стигматизация: социальная жизнь с повреждённой идентичностью. М.: Прогресс. 1983. 376 с.
3. Липпман, В. Общественное мнение. М.: Академический проект. 2005. 250 с.
4. Макклур, М. М. Психология межличностных отношений. М.: Речь, 2002. 270 с.
5. Смит, Э. Р., Барнс, Дж. Р., Бейтс, К. Л. Социальная психология. М.: Академия. 2006. 480 с.
6. Тарнавская, И. А. Социальная психология. Введение в теорию и практику. М.: Аспект Пресс. 2005. 352 с.
7. Теджфел, Х., Тэйлор, Дж. Социальная идентичность и межгрупповое поведение. М.: Изд-во МГУ. 1979. 240 с.
8. Шериф, М. Групповая динамика. М.: Прогресс. 1992. 312 с.
9. Фiske, С. Т., Тейлор, С. Э. Социальная психология. 3-е изд. СПб.: Питер, 2017. 608 с.



РОЛЬ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА БЕСПОКОЙНЫХ НОГ

Шарафиева К. Е., Першина А. В.

*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. Л. Визило

Аннотация. Синдром беспокойных ног (СБН) – распространенное неврологическое расстройство, характеризующееся непреодолимым желанием двигать ногами, часто сопровождающимся неприятными ощущениями в конечностях. Данная статья посвящена углубленному анализу механизмов, лежащих в основе нарушений при синдроме беспокойных ног. В обзоре представлены современные данные, указывающие на ключевое участие нарушений дофаминергической нейротрансмиссии в развитии симптомов СБН. Обсуждаются возможные механизмы дисфункции дофаминергической системы, включая дефицит железа, нарушение синтеза, транспорта и метаболизма дофамина

Ключевые слова : синдром беспокойных ног, инсомния, нарушения сна, дофаминовая система

THE ROLE OF THE DOPAMINERGIC SYSTEM IN THE PATHOGENESIS OF RESTLESS LEGS SYNDROME

Sharafieva K. E., Pershina A. V.

*Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
Scientific supervisor – Vizilo T. L.*

Abstract. Restless legs syndrome is a common neurological disorder characterized by an irresistible urge to move the legs, often accompanied by unpleasant sensations in the extremities. This article provides an in-depth analysis of the mechanisms underlying RLS



disorders. This review presents current data indicating the key role of dopaminergic neurotransmission disorders in the development of RLS symptoms. Possible mechanisms of dopaminergic dysfunction are discussed, including iron deficiency and impaired dopamine synthesis, transport, and metabolism.

Keywords: restless legs syndrome, insomnia, sleep disorders, dopamine system

Введение

Синдром беспокойных ног (СБН) - расстройство, характеризующееся неприятными ощущениями в нижних конечностях, которые появляются в покое (чаще в вечернее и ночное время), вынуждают больного совершать облегчающие их движения и часто приводят к нарушению сна. Это состояние зачастую приводит к проблемам со сном. СБН проявляется возникновением в ногах, преимущественно в области голеней, дискомфортных ощущений, которые описывают как зуд, царапанье, покалывание, чувство распирания или давления. Эти ощущения усиливаются в состоянии покоя, когда человек сидит или лежит, и ослабевают при движении. Поэтому пациенты испытывают потребность вытягивать и сгибать конечности, совершать ими колебательные движения, разминать и массировать, изменять позу в кровати, подниматься и прохаживаться или переносить вес тела с одной ноги на другую. Физическая активность приносит временное улучшение, ослабляя или прекращая дискомфортные чувства, но они снова возникают, как только человек принимает горизонтальное положение или прекращает любую активность.

Прямым следствием неприятных ощущений в конечностях и необходимости постоянно совершать движения является нарушение сна - инсомния. Больные долго не могут заснуть и часто просыпаются ночью. Следствием инсомнии является сонливость и быстрая утомляемость в дневное время. Диагностика синдрома беспокойных ног сложна из-за неспецифического характера жалоб, встречаемых при



других заболеваниях, и необходимости исключения вторичных причин. Трудности связаны также с низкой осведомленностью населения, в результате чего возникают проблемы в диагностике и лечении данного синдрома.

Цель исследования: изучить современные представления об изменениях в дофаминергической системе, лежащих в основе синдрома беспокойных ног.

Материалы и методы исследования: анализ научной литературы за последние годы с использованием электронных библиотек Pubmed, Medlib, Elibrary, ЭБС Лань, Scopus.

Результаты исследования и их обсуждение

Синдром беспокойных ног характеризуется рядом ключевых патофизиологических механизмов, проявляющихся в следующих симптомах:

- нарушения сна;
- сенсорные расстройства, обуславливающие нарушение сна;
- двигательная активность, одновременно снижающая сенсорные симптомы, но при этом влияющая на качество сна [2].

Ведущими молекулярными механизмами при СБН являются:

1) патология дофаминергической системы, которая вовлекает в патогенез опиоидную, норадренергическую системы, GABA- и NMDA-рецепторы на нескольких уровнях [1];

2) специфические нарушения в обмене железа в центральной нервной системе (ЦНС)[1].

Центральное значение в патогенезе СБН имеет сегментарный аппарат спинного мозга и один из основных регуляторов его деятельности — дофаминовая система. На этом уровне предполагается вовлечение одного или обоих вышеперечисленных механизмов — повышенная возбудимость структур спинного мозга или сниженное активирующее влияние нисходящих корковых путей [5].



Результаты исследований содержания дофамина в цереброспинальной жидкости у пациентов, страдающих синдромом беспокойных ног, не отличаются от группы контроля, но вместе с тем отмечается повышение активности тирозингидроксилазы, которая участвует в синтезе дофамина, а также уровня его метаболитов ортометилдофамина и гомованилиновой кислоты[4]. Из этого следует, что при СБН страдают преимущественно постсинаптические механизмы. В ряде работ показано изменение зоны A11 гипоталамуса, находящейся вблизи супрахиазмального ядра — важнейшего регулятора циркадных ритмов. От этой области начинаются нисходящие дофаминергические проекции к спинному мозгу, модулирующие активность сегментарного аппарата спинного мозга и/или прохождение сенсорной импульсации через спинной мозг, что, вероятно, определяет суточный характер появления симптомов [7].

В патогенезе СБН доказано нарушение метаболизма ионов железа. Данные МРТ свидетельствуют о снижении уровня железа в среднем мозге у таких больных по сравнению с возрастным контролем, коррелирующим со степенью тяжести клинических проявлений [6]. Таким образом, железо является важным участником обмена дофамина. В посмертных исследованиях выявлено значительное уменьшение Н-ферритина и концентрации белка, регулирующего обмен железа. Уровень ферритина в крови также коррелирует с тяжестью клинических симптомов, что используется при лечении больных СБН.

Считается, что ионы железа участвуют в механизмах развития СБН через влияние на дофаминергическую систему. Железо является ко-фактором тирозингидроксилазы и принимает участие в регуляции активности D2 рецепторов. Снижение уровня железа, вероятно, играет ключевую роль в частом развитии СБН при беременности, особенно на поздних сроках [1].

Высокая клиническая эффективность опиоидов и противоэпилептических препаратов свидетельствует о вовлечении опиоидной, ГАМКергической систем.



Есть экспериментальные исследования, подтверждающие роль дисфункции нейромедиаторных систем норадреналина, глутамата, аденозина и гипокретина. В метаболизме дофамина также участвуют гормоны щитовидной железы [3]. Последнее позволило предложить гипотезу о патогенетической связи между нарушением статуса тиреоидных гормонов и возникновением СБН.

Заключение

Патогенез синдрома беспокойных ног – процесс, в основе которого лежат нарушения в дофаминергической системе, которая вовлекает также опиоидную, норадренергическую системы, GABA- и NMDA-рецепторы на нескольких уровнях, а также нарушения и в обмене железа в центральной нервной системе.

Ключевым механизмом развития является уменьшение повышенной возбудимости спинного мозга или сниженное активирующее влияние нисходящих корковых путей.

В заключение, статья подчеркивает необходимость дальнейших исследований для полного понимания сложной взаимосвязи между дофаминергической системой и патогенезом СБН, что позволит разработать более эффективные стратегии терапии.

Источники и литература / Sources and references:

1. «Васильев Ю. Н., Быков Ю. Н., Бендер Т. Б. Экстрапирамидные расстройства для врачей» (Васильев, Ю. Н. Экстрапирамидные расстройства для врачей : учебное пособие / Ю. Н. Васильев, Ю. Н. Быков, Т. Б. Бендер. — Иркутск: ИГМУ, 2018. — 84 с.
2. Катунина Е.А., Титова Н.В., Катунин Д.А., Багманян С.Д., Погорова А.Р. Синдром беспокойных ног. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021.



3. Клиническая характеристика и дифференцированная терапия различных форм синдрома беспокойных ног. тема диссертации и автореферата по ВАК РФ 14.01.11, кандидат наук Абрамовских Лейла Эхтибаровна. 2018 г.
4. Барулин, А. Е. Нарушения сна в практике врача-невролога : учебное пособие / А. Е. Барулин, А. Е. Клаучек. — Волгоград : ВолгГМУ, 2023. — 132 с.
5. Ковальчук М. О., Калинин А. Л. Синдром беспокойных ног: патогенез, диагностика, лечение. Обзор литературы // Нервно-мышечные болезни. 2012.
6. Обухова А.В., Артемьев Д.В. Синдром беспокойных ног // Consilium Medicum. - 2010. - Т. 12. - №9. - С. 72-77.
7. Silber MH, Buchfuhrer MJ, Earley CJ, et al: The management of restless legs syndrome: An updated algorithm. Mayo Clin Proc 26.12.2020

КОНФЛИКТЫ: ЗАКОНОМЕРНОСТИ И СПОСОБЫ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ

Шатских А. Е.

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 статье рассматриваются закономерности возникновения и развития конфликтов в учебных заведениях, а также предлагаются различные стратегии их разрешения. Выполнен анализ типологии конфликтов и описаны методы, позволяющие эффективно решать конфликтные ситуации и улучшать взаимоотношения между участниками образовательного процесса. В работе представлены результаты исследования индивидуально-психологических характеристик студентов медицинского университета, направленного на изучение их влияния на поведение в конфликтных ситуациях, особенности агрессивных реакций и выбор стилей межличностных взаимодействий.



Ключевые слова: конфликт, разрешение конфликтов, агрессия, виды агрессии, агрессивность, враждебность.

CONFLICTS: PATTERNS AND WAYS TO RESOLVING THEM

Shatskikh A. E.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor –Valiullina E. V.

Abstract. This article examines the patterns of conflict emergence and development in educational institutions and proposes various strategies for their resolution. It analyzes the typology of conflicts and describes methods for effectively resolving conflict situations and improving relationships between participants in the educational process. The paper presents the results of a study of the individual psychological characteristics of medical university students, aimed at understanding their influence on behavior in conflict situations, the characteristics of aggressive reactions, and the choice of interpersonal interaction styles.

Keywords: conflict, conflict resolution, aggression, types of aggression, aggressiveness, hostility.

Актуальность

Конфликты – неотъемлемая часть человеческого взаимодействия. Они возникают во всех сферах жизни: в семье, на работе, в обществе. Умение распознавать закономерности конфликтов и применять эффективные стратегии их разрешения – важный навык для личностного и профессионального развития. Умение распознавать конфликтные ситуации и нейтрализовывать их является очень важным навыком для любого человека, так как любая конфликтная ситуация негативно отражается на его психологическом состоянии, «поедает» жизненную



энергию на протяжении длительного времени. Несмотря на то, что конфликты разрушительно влияют на ментальное здоровье и взаимоотношения с другими людьми, по статистике, более 70% всех случаев в конфликте – это стремление к одностороннему выигрышу, к победе, удовлетворению в первую очередь собственных интересов, что неизбежно приводит к противостоянию. Важно научиться выбирать эффективные способы разрешения конфликтных ситуаций, позволяющие не только конструктивно решать возникающие проблемы, но и сохранять хорошие отношения с окружающими.

Конфликты в образовательной среде, в частности среди студентов, представляют собой проблему, оказывающую значительное влияние на академическую успеваемость, психическое и физическое здоровье учащихся, а также их эмоциональное состояние. Проблема привлекает внимание широкого круга специалистов, включая психологов, социологов и педагогов, которые активно исследуют этиогенез и динамику конфликтных ситуаций в студенческой среде [4].

Цель исследования: изучить природу конфликтов, выявить их ключевые закономерности и систематизировать способы разрешения в студенческой среде.

Задачи:

- 1) определить понятие и сущность конфликта;
- 2) классифицировать типы конфликтов;
- 3) выявить основные причины и закономерности возникновения конфликтов;
- 4) изучить механизмы развития конфликтных ситуаций;
- 5) проанализировать эффективные способы разрешения конфликтов в студенческой среде;

Объект исследования: взаимодействия студентов-медиков, сопровождающиеся конфликтами.

Предмет исследования: закономерности возникновения, развития и разрешения конфликтов у студентов-медиков.



Методы исследования: теоретический анализ литературы, наблюдение, анкетирование, интервьюирование, статистическая обработка данных.

Конфликты существуют лишь до тех пор, пока существует сам человек. Общепринятой теории конфликтов, объясняющей их природу, влияние на развитие коллективов и общества, не существует, однако существуют многочисленные исследования, посвященные возникновению, функционированию и управлению конфликтами. В конфликте каждая сторона стремится отстоять свое мнение, доказать другой ее неправоту, люди прибегают к взаимным обвинениям, нападкам друг на друга, словесным оскорблениям и унижениям и т.п. Такое поведение вызывает у субъектов конфликта острые негативные эмоциональные переживания, которые обостряют взаимодействие участников и провоцируют их на экстремальные поступки [2, 3]. В условиях конфликта становится трудно управлять своими эмоциями. Многие его участники после разрешения конфликта еще долго испытывают негативное самочувствие.

Конфликт чаще всего рассматривается как конкуренция в удовлетворении интересов. Какую ситуацию можно назвать конфликтной? На этот вопрос отвечает теорема Томаса: если ситуации определяются как реальные, то они реальны по своим последствиям, то есть конфликт становится реальностью тогда, когда он переживается как конфликт хотя бы одной из сторон. Конфликт также может рассматриваться как состояние потрясения, дезорганизации по отношению к предшествующему развитию и, соответственно, как генератор новых структур [5].

Сущность конфликта и стадии развития. Конфликт – ситуация, в которой каждая из сторон занимает позицию, несовместимую и противоположную по отношению к интересам другой стороны. Конфликт обладает как деструктивными, так и конструктивными функциями.



Доктора психологических наук А. Я. Анцупов и А. И. Шипилов, занимающиеся проблемами конфликтологии более 25 лет, выделяют четыре стадии развития конфликта:

- предконфликтная стадия – это рост напряженности в отношении между потенциальными субъектами конфликта, вызванный определенными противоречиями. Но противоречия не всегда перерастают в конфликт. Лишь те противоречия, которые осознаются потенциальными субъектами конфликта как несовместимые, ведут к обострению социальной напряженности.

- стадия развития конфликта. Начало открытого противоборства сторон является результатом конфликтного поведения, под которым понимают действия, направленные на противостоящую сторону с целью захвата, удержания спорного объекта или принуждения оппонента к отказу от своих целей или к их изменению.

- стадия разрешения конфликта. Стадия, на которой конфликт постепенно снижает уровень своей напряженности.

- послеконфликтная стадия. Завершение непосредственного противоборства сторон не всегда означает, что конфликт полностью разрешен. Если стороны считают, что подписанные мирные соглашения ущемляют их интересы, то напряженность сохранится, а прекращение конфликта может восприниматься как временная передышка [6].

Другой доктор психологических наук Д. Дэна, являющийся одним из первопроходцев в области разрешения конфликтов, выделяет три уровня развития конфликта: стычки: мелкие неприятности, которые не представляют угрозы для отношений; столкновения: перерастание стычек в столкновения – расширение круга причин, вызывающих ссоры, уменьшение желания взаимодействовать с другим; кризис: перерастание столкновений в кризис – окончательное решение о разрыве отношений, которые носят нездоровый характер [4].



В любом случае для возникновения межличностного конфликта необходимо наличие противоречий (объективных или мнимых). Противоречия, возникшие из-за несовпадения во взглядах, оценках людей по самым различным явлениям, ведут к ситуации спора. Если она представляет угрозу одному из участников, то возникает конфликтная ситуация.

Причины и закономерности возникновения конфликтов. Американский психолог, социолог и философ К. Томас классифицировал все способы поведения в конфликте по двум критериям: стремление человека отстаивать свои интересы и стремление человека учитывать интересы другого. На основании этих критериев он выделил пять основных стратегий (стилей) поведения в конфликтной ситуации: соперничество, сотрудничество, компромисс, избегание и приспособление [7].

Методы разрешения конфликтов. Переговоры – прямое обсуждение проблем с целью достижения соглашения. Медиация – привлечение нейтрального посредника для содействия в диалоге. Фасилитация – организация конструктивного обсуждения с помощью ведущего. Арбитраж – передача права принятия решения третьей стороне. Рефрейминг – изменение восприятия ситуации через переосмысление позиций.

Результаты исследований.

В исследовании принимали участие студенты 2-3 курсов Кемеровского государственного медицинского университета, обучающихся по специальности «Сестринское дело». Результаты проведенного анкетирования позволяют констатировать, что, определяя сущность понятия «конфликт», большинство (61%) выбрали ответ «столкновение интересов», а 2% считают конфликт нормой жизни. Наиболее характерным типом конфликта студенческой среды - 66% опрошенных назвали межличностный конфликт (на бытовой основе), 15% указали межнациональный конфликт. По мнению студентов, число конфликтов



межгрупповых, между преподавателями и студентами и внутриличностных незначительно и составляет от 2% до 4%.

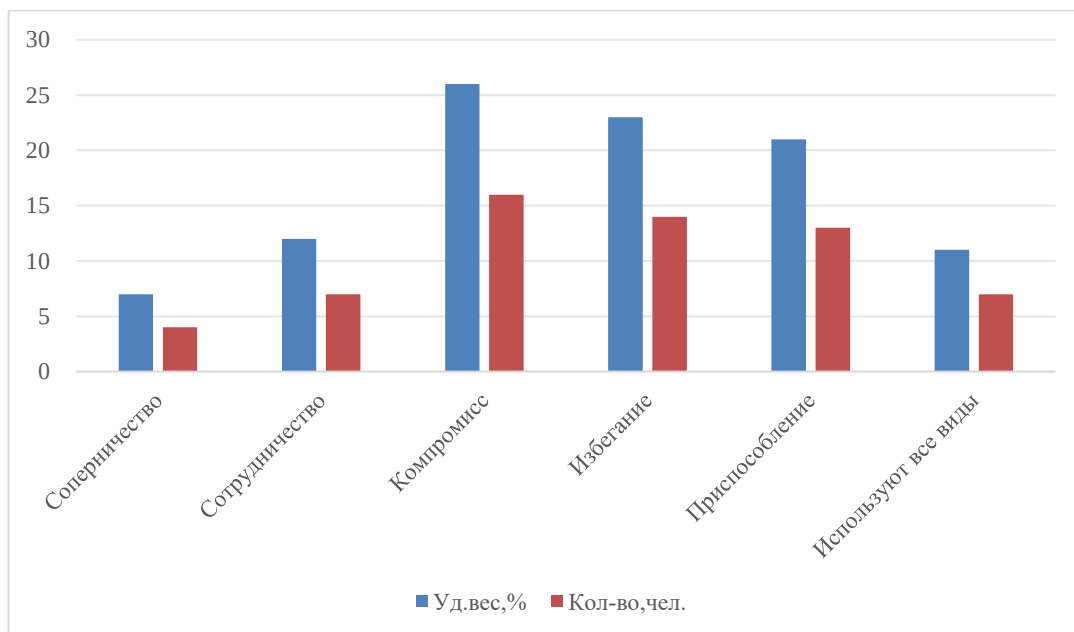


Рис. 1. Результаты экспериментального исследования, полученных с помощью методики Томаса, %.

Анализируя чувства и ощущения после конфликта 22% назвали: «нервное истощение»; 21% - гнев, 18% - сожаление, головную боль - 14%. Большинство опрошенных используют «мирные» стратегии поведения в конфликте: 54% ищут компромиссное решение, 29% готовы уступить, 9% избегают конфликта и 4% применяют силу (физическую, моральную).

В результате использования установлена взаимосвязь между типом стрессоустойчивости и стратегией поведения в конфликтной ситуации:

«Соперничество» студенты этой группы настойчиво добиваются своих интересов в ущерб другим. Они обладают ситуативной стрессоустойчивостью. «Приспособление» студенты, которые готовы принести в жертву собственных интересов. Для них показательны частые декомпенсаторные стрессы.



«Компромисс» студенты этой категории характерно соглашание с оппонентом на основе взаимных уступок. У них сформирован устойчивый средний уровень стрессоустойчивости. «Избегание» студенты, не имеющие выраженного стремления как к кооперации, так и к достижению собственных целей. Стрессоустойчивость проявляется ситуативно.

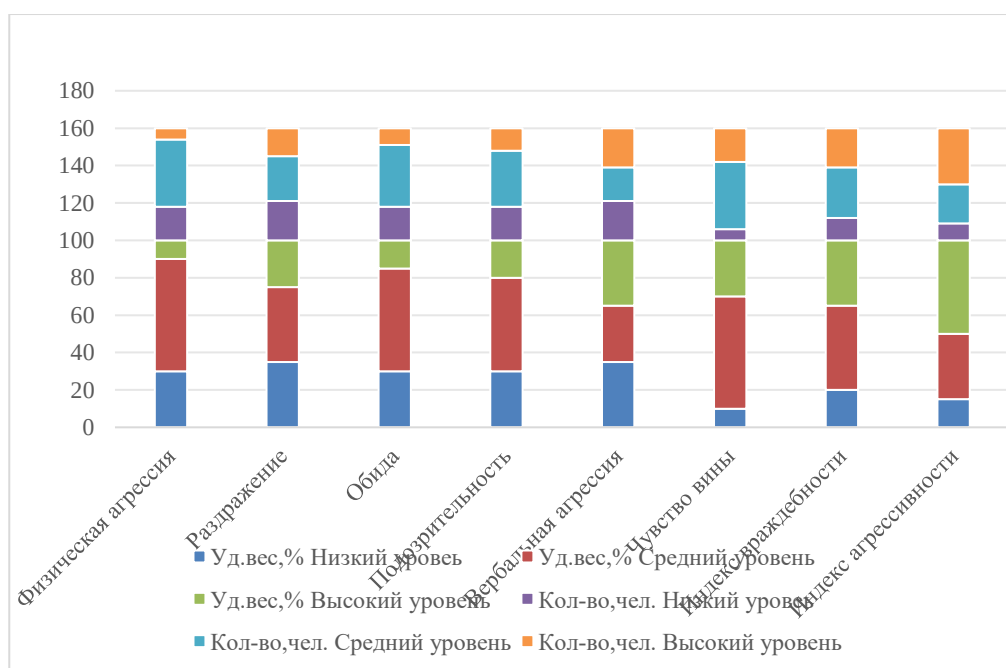


Рис. 2. Распределение показателей и форм агрессии с разными уровнями проявления, %

В ходе исследования было выявлено, что студенты с высоким уровнем эмоциональной устойчивости склонны к конструктивному разрешению конфликтов, в то время как лица с низкой эмоциональной устойчивостью демонстрируют более агрессивные и деструктивные реакции [1].

Заключение

В ходе исследования были раскрыты сущность и структура конфликта; систематизированы типы и причины конфликтов; изучены закономерности их



развития; проанализированы результаты экспериментального исследования. Основные выводы. Конфликты – естественный элемент социального взаимодействия, способный как разрушать, так и стимулировать развитие. Успешное разрешение конфликта зависит от своевременного выявления его причин и выбора адекватной стратегии. Сотрудничество и компромисс – наиболее продуктивные подходы к долгосрочному урегулированию. Профилактика конфликтов через улучшение коммуникации снижает их деструктивное влияние. Практическая значимость работы заключается в возможности применения полученных знаний для: повышения личной конфликтологической компетентности; оптимизации взаимодействия в студенческой среде.

Практические рекомендации по управлению конфликтами: чёткое распределение ролей и обязанностей; открытая коммуникация; формирование культуры взаимного уважения; своевременное выявление напряжённости; обучение навыкам конфликтологии. Алгоритм разрешения конфликта: признать существование конфликта; определить возможность переговоров; согласовать процедуру обсуждения; выявить ключевые интересы сторон; разработать варианты решений; выбрать оптимальное решение; реализовать решение на практике; оценить эффективность разрешения. Рекомендации для различных типов конфликтов: межличностные: фокус на эмпатии и диалоге; реорганизационные: пересмотр регламентов и распределение ресурсов; групповые: привлечение медиатора, поиск компромисса; внутриличностные: саморефлексия, консультирование.

Источники и литература / Sources and references:

10. Валикеева А. М. Защитные механизмы студентов в межличностном конфликте // Международный студенческий научный вестник. 2020. № 1. С. 24.
11. Валиуллина Е. В. Перспективы медицинского образования: иммерсивные методы обучения // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2021. Т. 2. № 1. С. 39-41.



12. Валиуллина Е. В. Эмоциональный интеллект и потребности в саморазвитии в возрасте юности // Научное обозрение. Педагогические науки. 2021. № 1. С. 78-82.
13. Гришина Н. В. Психология конфликта. СПб.: Питер, 2021.
14. Курочкина И. А., Шахматова О. Н. Педагогическая конфликтология. Екатеринбург РГППУ. 2013. 228 с.
15. Леонов Н. И. Конфликтология, Москва-Воронеж. 2006. 229 с.
16. Новосельцев В. И., Полевой Ю. Л. Теория конфликта: заблуждения и перспективы Вып. 2. Известия ТулГУ. Технические науки. 2013.

**ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ
И ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ НА СОБЛЮДЕНИЕ
КОМПЛАЕНСА И ЭТИЧЕСКИХ НОРМ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Шестакова А. 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. Эмоциональное выгорание — это состояние, возникающее вследствие длительного стресса и эмоционального напряжения. В условиях высокой нагрузки, постоянного общения с пациентами и строгих стандартов качества, выгорание может существенно повлиять на профессиональную деятельность и соблюдение норм комплаенса. Комплаенс является ключевым элементом взаимодействия между медицинскими работниками и пациентами. Проблемы с соблюдением комплаенса часто усугубляются последствиями эмоционального выгорания. В данной статье рассматриваются психологические факторы,



способствующие возникновению эмоционального выгорания в медицинских учреждениях, а также условия, которые могут помочь в его предотвращении и улучшении взаимодействия между пациентом и врачом.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, деонтология, комплаенс, диагностика, профилактика, профессиональная деформация, медицинский работник, социальная профессия, хроническая усталость.

THE IMPACT OF PROFESSIONAL BURNOUT AND CHRONIC FATIGUE ON COMPLIANCE WITH COMPLIANCE AND ETHICAL STANDARDS IN THE ACTIVITIES OF MEDICAL WORKERS

Shestakova A. S

Department of Clinical Psychology,

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Yanko E.V.

Abstract. Burnout is a condition that occurs as a result of prolonged stress and emotional tension. In conditions of high workload, constant communication with patients and strict quality standards, burnout can significantly affect professional activity and compliance. Compliance is a key element of interaction between healthcare professionals and patients. Compliance problems are often aggravated by the consequences of burnout. This article examines the psychological factors that contribute to burnout in healthcare institutions, as well as conditions that can help prevent it and improve patient-physician interactions.

Keywords: emotional burnout, deontology, compliance, diagnostics, prevention, professional deformation, medical worker, social profession, chronic fatigue.

Введение

Профессиональное выгорание и хроническая усталость становятся все более заметными проблемами в области здравоохранения, оказывая существенное



влияние на качество медицинских услуг и состояние здоровья работников. Эти состояния часто возникают в результате длительного стресса, эмоционального истощения и перегрузки, что особенно актуально для специалистов, работающих в условиях высокой нагрузки, таких как врачи и медсестры. Профессиональное выгорание проявляется через эмоциональное истощение, деперсонализацию и снижение чувства личных достижений, что может привести к уменьшению мотивации и интереса к выполнению своих обязанностей. Хроническая усталость рассматривается как состояние, возникающее в результате продолжительного физического и эмоционального напряжения, что также негативно сказывается на работоспособности и когнитивных функциях медицинских работников. Эти два состояния взаимосвязаны и могут усугублять друг друга, формируя замкнутый круг, в котором работник теряет способность эффективно справляться со своими обязанностями.

Соблюдение комплаенса и этических стандартов в медицинской практике является крайне важным для обеспечения безопасности пациентов и качества обслуживания. Однако профессиональное выгорание и хроническая усталость могут привести к снижению концентрации и внимательности, что, в свою очередь, негативно отражается на соблюдении стандартов и протоколов. В условиях эмоционального истощения медицинские работники могут проявлять безразличие к пациентам, что может иметь серьезные последствия для их здоровья. Основной целью данного исследования является анализ влияния профессионального выгорания и хронической усталости на соблюдение комплаенса и этических норм в деятельности медицинских работников, а также изучение возможных мер по профилактике и коррекции этих состояний. Понимание этих взаимосвязей является важным шагом к созданию более здоровой и поддерживающей рабочей среды для медицинских специалистов, что, в конечном итоге, приведет к улучшению качества медицинской помощи и повышению безопасности пациентов.



Цель данного исследования состоит в анализе связи между профессионального выгорания и хронической усталости на соблюдение норм комплаенса и этических стандартов среди медицинских работников. Исследование нацелено на выявление связи между уровнем стресса и выгорания у врачей и медсестер и их способностью придерживаться установленных стандартов и этических принципов. Также будут предложены рекомендации для улучшения здоровья медицинского персонала и повышения качества медицинских услуг.

Объект исследования:

1. Медицинские работники: Врачи и медсестры, работающие в различных учреждениях здравоохранения.
2. Хроническая усталость: Физическое и эмоциональное состояние, влияющее на работоспособность и качество жизни медицинского персонала.
3. Нормы комплаенса и этические стандарты: Установленные правила и принципы, регулирующие профессиональную деятельность в медицине.

Основные методы: В данном исследовании используется описательный метод, который позволяет глубже понять влияние профессионального выгорания и хронической усталости на соблюдение комплаенса и этических норм в деятельности медицинских работников. Описательный метод предполагает сбор и анализ данных, которые помогут выявить закономерности и взаимосвязи между изучаемыми переменными.

Результаты и обсуждение

Синдром профессионального выгорания: Психологический аспект

Синдром профессионального выгорания становится все более актуальной темой в научных кругах, так как он негативно сказывается на общем состоянии работников и их производительности, а также на их взаимодействии с коллегами и клиентами. Исследования этого явления начались в 1970-х годах, и среди первых



авторов можно выделить таких ученых, как Дж. Фрейденберг, Б. Перлман и Е. Хартман (1981), а также К. Маслач и С. Джекобсон (1982). В

России интерес к этому вопросу возник лишь в конце 1980-х, когда исследователи, такие как В.В. Бойко, В.Е. Орел и Н.Е. Водопьянова, начали изучать данное явление. [1,8,13]

Термин «профессиональное выгорание» был предложен немецким психологом Х. Фрейденбергом в 1974 году для описания состояния людей, работающих в условиях постоянного стресса и эмоционального напряжения. К. Маслач определила выгорание как синдром, характеризующийся физическим и эмоциональным истощением, негативным восприятием себя и снижением интереса к своей работе. [12]

Первоначально выгорание рассматривалось как состояние истощения, однако со временем его симптомы расширились, включая психосоматические проявления. На сегодняшний день синдром выгорания включен в Международную классификацию болезней (МКБ-10) как Z73, что указывает на стресс, связанный с трудностями в поддержании нормального образа жизни.

Существует множество разногласий в терминологии и понимании данного синдрома. Наиболее часто встречается термин «эмоциональное выгорание». В. Бойко рассматривает эмоциональное выгорание как защитный механизм, проявляющийся в снижении эмоциональной активности в ответ на стрессовые факторы. Из всех определений наиболее полным является подход Н.Е. Водопьянова и Е.С. Старченкова, которые описывают профессиональное выгорание как негативное психологическое явление, проявляющееся в психоэмоциональном истощении, снижении мотивации и формировании дисфункциональных профессиональных установок, наблюдаемое у людей без психопатологии. В этом определении выделяются два ключевых аспекта: наличие дисфункциональных симптомов, касающихся эмоциональной сферы и профессиональной



эффективности, и то, что выгорание происходит исключительно в рамках профессиональной деятельности. [2, 6]

Синдром профессионального выгорания имеет свои характерные симптомы, которые выделяют исследователи К. Маслач и С. Джекобсон. К ним относятся:

1. Эмоциональное истощение – чувство опустошенности и усталости, вызванное работой.
2. Снижение личных достижений – ощущение утраты эффективности и профессиональной компетентности.
3. Деперсонализация – эмоциональная отстраненность от работы и ее объектов. [12]

Каждый человек проявляет эти симптомы по-разному, что зависит от индивидуальных особенностей. Для диагностики выгорания разработаны специальные методики, такие как «Методика диагностики синдрома эмоционального выгорания В.В. Бойко» и «Опросник на выгорание Maslach Burnout Inventory (MBI)». [1,2,12]

Особенности проявления синдрома профессионального выгорания у медицинских работников:

Исследования в области социальной и психологической науки показывают, что профессиональное выгорание чаще всего затрагивает людей, работающих в сфере медицины. Медицинские работники представляют собой группу, которая, с одной стороны, сталкивается с реальными вызовами современного общества, а с другой — обязана помогать людям справляться с этими проблемами в рамках системы здравоохранения. Таким образом, они несут двойную социально-психологическую нагрузку, сталкиваясь как с собственными трудностями, так и с проблемами пациентов.

Профессиональная деятельность медиков насыщена эмоциональными переживаниями и подвержена множеству стрессовых факторов. Проявления



профессионального выгорания у медицинских работников включают нарастающее равнодушие к своим обязанностям, ухудшение отношения к коллегам и пациентам, а также чувство профессиональной несостоятельности и неудовлетворенности своей работой. Это состояние может привести к деперсонализации и значительному ухудшению качества жизни. В будущем могут развиваться невротические расстройства и психосоматические заболевания, так как работа в условиях постоянного стресса и высокой эмоциональной нагрузки создает дополнительные риски.

К основным факторам, способствующим выгоранию медицинских работников, можно отнести:

- Высокую интенсивность рабочего дня, связанную с общением с пациентами, страдающими различными заболеваниями.
- Разнообразие эмоционально насыщенных взаимодействий с коллегами и больными.
- Высокую степень ответственности за результаты своей работы.
- Зависимость от мнения и состояния коллег и пациентов.
- Индивидуальные особенности работников, включая завышенные требования к себе и стремление к неформальному общению.
- Конфликтные ситуации, возникающие из-за недоверия и несогласия.

Работа с пациентами, имеющими тяжелые хронические заболевания, является одной из самых сложных и эмоционально затратных. Негативные аспекты этой деятельности включают:

1. Постоянное взаимодействие с сильными эмоциями может привести к формированию защитных механизмов, что в свою очередь снижает чувствительность к переживаниям пациентов и их семей.
2. Общение с пациентами может быть затруднено из-за их недоверия к медицинскому персоналу, что делает их пребывание в больнице особенно сложным.



Эти факторы могут привести к истощению медицинских работников, которые начинают воспринимать пациентов как «неблагодарных», теряют привязанность к ним и становятся равнодушными к их проблемам, что значительно снижает качество их работы. Эффективность медицинской деятельности зависит от множества обстоятельств, и иногда работникам трудно осознать значимость своей роли в жизни пациента. Кроме того, лечение хронических заболеваний требует времени и усилий, что также создает дополнительные трудности. Высокая нагрузка на работе и недостаток финансовых ресурсов ограничивают возможности для профессионального роста и участия в образовательных мероприятиях. Личные проблемы, возникающие в результате эмоционально сложных ситуаций, накапливаются и усугубляют состояние работников.

В результате у медицинских работников может пропасть интерес к своей профессии, появится ощущение безысходности, что пациенты обречены, и они начинают воспринимать их как «потребителей». Это может привести к желанию обвинять пациентов, их семьи, коллег и даже систему здравоохранения в целом за возникающие трудности.

Таким образом, факторы, способствующие профессиональному выгоранию, включают не только высокую нагрузку, но и низкую заработную плату, а также связанные с этим неудовлетворительные условия жизни, социальную несправедливость и утрату престижа профессии. Медицинские работники сталкиваются с множеством сложных ситуаций, что создает повышенную ответственность за результаты их работы. Часто они испытывают недостаток положительной обратной связи, что может привести к возникновению синдрома выгорания. Профессия медицинской сестры, в частности, подвержена высокому риску выгорания из-за постоянного общения с пациентами, требующими внимания и заботы. Высокие требования к себе и стремление к идеалу могут усугублять эту проблему, так как граница между работой и личной жизнью стирается. Стресс и



эмоциональное напряжение могут привести к значительному ухудшению состояния здоровья медицинских работников. Исследования показывают, что у них часто наблюдается высокий уровень тревожности и депрессии, что подчеркивает важность решения проблемы выгорания в этой профессии. Таким образом, профессия медика является одной из самых подверженных влиянию

Средства профилактики профессионального выгорания у медицинских работников:

Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней. Исходя из этого определения, человек, испытывающий профессиональное выгорание, можно считать «нездоровым». При выраженном синдроме выгорания требуется комплексное психотерапевтическое лечение. В некоторых случаях это состояние приводит к стойкому негативному отношению к коллегам и пациентам, и единственным выходом может стать смена работы. Поэтому профилактика выгорания становится жизненно важной. Профилактика — это совокупность мероприятий, направленных на предотвращение проблем и сохранение нормального состояния. В контексте профессионального выгорания это означает снижение вероятности возникновения его предпосылок.

Целью такой профилактики является изменение поведения медицинских работников, чтобы они могли более эффективно работать и быть удовлетворенными жизнью. Изменение поведения включает в себя развитие навыков преодоления трудностей, позитивное принятие решений и улучшение межличностных отношений. Научные исследования, такие как работы Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой, показывают, что разработка профилактических программ сталкивается с отсутствием единого понимания проблемы, но за последнее время наблюдаются позитивные изменения в этой области. [2]



Примеры успешных программ включают «Вызов внутреннему мастеру» в Нидерландах и интервенции в Гонконге, фокусирующиеся на развитии коммуникативных навыков и самоменеджмента. Важно учитывать индивидуальные особенности работников при проектировании профилактических мероприятий. Н.Е. Водопьянова и Е.С. Старченкова выделяют три направления профилактики: устранение источников стресса на работе, развитие позитивного восприятия стрессовых ситуаций и управление стрессами в деловых коммуникациях. [2]

Л.Н. Юрьева подчеркивает необходимость первичной профилактики на этапе обучения, чтобы подготовить студентов к реальной практике. Она также предлагает различные психотерапевтические техники, такие как тренинги и группы поддержки, для борьбы с выгоранием. Исследования показывают, что наличие определенных ресурсов, таких как осмысленность жизни и позитивное самовосприятие, может значительно помочь в этом процессе. В заключение, эффективные программы профилактики выгорания должны сочетать организационные и личностные изменения. Такой комбинированный подход может привести к повышению качества жизни работников и снижению риска выгорания. Вопросы профилактики профессионального выгорания остаются актуальными и требуют дальнейшего изучения и разработки новых методов. [15]

Заключение

В результате анализа научных источников стало очевидным, что профессиональное выгорание представляет собой серьезное психологическое явление, характеризующееся эмоциональным истощением и снижением профессиональной мотивации, даже у тех, кто не страдает от психических расстройств. Особенно уязвимыми к этому состоянию являются медицинские работники, чья деятельность связана с высоким уровнем эмоциональной нагрузки и большой ответственностью за здоровье пациентов. Важно отметить, что многие из них нуждаются в систематической профилактике выгорания. Современные подходы



к психологической профилактике выгорания основываются на применении разнообразных психологических методик и технологий. Исследования показывают, что наиболее эффективными являются тренинги, направленные на личностный рост и самореализацию.

При этом обзор литературы свидетельствует о том, что наибольший потенциал в решении проблем профилактики выгорания демонстрируют ресурсный и комбинированный подходы. Ресурсный подход акцентирует внимание на тех психологических процессах и качествах личности, которые могут служить опорой в борьбе с синдромом. Комбинированный подход, в свою очередь, подчеркивает необходимость комплексного воздействия на организационные и личные аспекты, что позволяет создать более эффективные программы профилактики. Таким образом, для успешного преодоления профессионального выгорания требуется интеграция различных подходов, что способствует как повышению качества жизни медицинских работников, так и улучшению уровня медицинского обслуживания в целом.

Источники и литература / Sources and references:

1. Бойко, В.В. Синдром «эмоционального выгорания» профессиональном общении [Текст] / В.В. Бойко. – СПб. : Питер, 1999. – 105 с.
2. Бойко, В.В Р.В. Энергия эмоций в общении : взгляд на себя и на других [Текст] / Р.В. Бойко. – М.: Филинь, 2006 – 256 с.
3. Бочарова, Ю.Ю. Профессиональное сознание как фактор профилактики эмоционального выгорания специалиста социальной сферы [Текст] / Ю.Ю. Бочарова // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. – 2011. – Т. 1. – № 3. – С. 47-52. 48
4. Винокур, В.А. Профессиональный стресс у медицинских работников [Текст] / В.А. Винокур // Вестник МАПО. – 2012. – № 2. – С. 25-30.



5. Винокур, В.А. Синдром профессионального выгорания у медицинских работников: психологические характеристики и методические аспекты диагностики [Текст] / В.А. Винокур, О.В. Рыбина // Психодиагностика и психокоррекция / Руководство для врачей и психологов. – СПб. : Питер, 2008. – 384с.
6. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика/ Н. Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2005. – 336с.
7. Водопьянова, Н.Е. Воспринимаемая самоэффективность и ресурсообеспеченность как факторы, препятствующие профессиональному выгоранию [Текст] / Н.Е. Водопьянова, А.Н. Густеева // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. – 2013. – № 4. – С. 23-30.
8. Водопьянова, Н.Е. Позитивный подход к противодействию профессиональному выгоранию [Текст] / Н.Е. Водопьянова, К.Н. Шестакова // Современные исследования социальных проблем. – 2014. – № 3 (35). – С. 24.
9. Водопьянова, Н.Е. Современные подходы к превенции синдрома выгорания [Текст] : коллективная монография / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий. – Курск: КГУ, 2008. – С. 234-247.
10. Горшков, М.К. Прикладная социология: методология и методы [Текст] : интерактивное учебное пособие / М.К. Горшков, Ф.Э. Шереги. – М. : ФГАНУ «Центр социологических исследований», Институт социологии РАН, 2012. – 404 с.
11. Муздыбаев, К.И. Психология ответственности [Текст] / К.И. Муздыбаев. – СПб. : Издательство +, 2003. – 64 с.
12. Маслач, К. Выгорание: многомерная перспектива [Текст] / К. Маслач. – М. : Издательство Института психотерапии, 2004. – 147 с.



13. Орел, В.Е. Исследование феномена «психического выгорания» в отечественной и зарубежной психологии [Текст] / В.Е. Орел // Проблемы общей и организационной психологии. – 2016. – № 4. – С. 70-97.

14. Орел, В.Е. Психологическое изучение влияния профессии на личность [Текст] : Реферативный сборник избранных работ по грантам в области гуманитарных наук / В.Е. Орел. – Екатеринбург, 2006. – С.113-115.

15. Юрьева, Л.Н. Профилактика и коррекция синдрома выгорания у сотрудников психиатрических служб [Текст] /Л.Н. Юрьева // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий / Под ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла, С.А. Подсадного, Л.Н. Юрьевой, С.А. Игумнова. – Курск : Изд-во КГУ. – 2008. – С. 284-299.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Ширинская А. Д.

Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение

«Школа № 88 городского округа Донецк»

Донецкой Народной Республики, Россия, г. Донецк

Аннотация. Статья анализирует современные вызовы для клинической психологии, фокусируясь на посттравматическом стрессовом расстройстве, его первичных и вторичных формах, а также на влиянии кризисов на психическое здоровье. Исследуются проблемы причин возникновения расстройств, доступности помощи, преодоления стигматизации, интеграции психологической практики в систему здравоохранения и адаптации к особенностям цифровой эпохи. Результаты показывают, что комплексные системные подходы к профилактике и терапии, включая поддержку специалистов и населения, являются критически важными для формирования устойчивого психического здоровья.



Ключевые слова. клиническая психология, посттравматическое стрессовое расстройство, первичная травматизация, вторичная травматизация, кризисы, психическое здоровье, системный подход.

CURRENT PROBLEMS OF CLINICAL PSYCHOLOGY IN THE MODERN WORLD

Shyrinskaya A.D.

Educational Psychologist

*School No. 88 of the Donetsk City District
of the Donetsk People's Republic, Russia, Donetsk*

Abstract. The article analyzes contemporary challenges for clinical psychology, focusing on post-traumatic stress disorder (PTSD), its primary and secondary forms, as well as the impact of crises on mental health. It explores issues related to the causes of disorders, accessibility of help, overcoming stigmatization, integration of psychological practice into the healthcare system, and adaptation to the specifics of the digital age. The results indicate that comprehensive systemic approaches to prevention and therapy, including support for specialists and the population, are critically important for building resilient mental health.

Keywords: clinical psychology, post-traumatic stress disorder, primary traumatization, secondary traumatization, crises, mental health, systemic approach.

Введение

Клиническая психология, являясь неотъемлемой частью современной системы здравоохранения и науки о человеке, в XXI веке сталкивается с комплексом беспрецедентных вызовов. Динамичные социальные, культурные, технологические и эпидемиологические трансформации оказывают глубокое влияние на психическое здоровье индивидов и общества в целом, порождая новые формы психических расстройств и трансформируя проявления уже известных. В условиях глобализации



и стремительного информационного обмена, вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации психических состояний приобретают особую остроту и требуют глубокого научного осмысления и практической адаптации.

Результаты и обсуждение

Изучением психических расстройств и их этиологии занимались такие выдающиеся ученые, как З. Фрейд, Э. Эриксон, А. Маслоу и К. Роджерс, которые показали, что психика человека и его поведение в различных жизненных ситуациях тесно связаны с внутренними психосоциальными конфликтами и стремлением к самоактуализации, рассматривая личность как сложную динамическую систему [9, С. 35; 13, С. 88; 3, С. 115; 7, С. 92]. Проблемы доступности и качества психологической помощи, исследованные А.А. Реан, В.Н. Мясичевым и Д.И. Фельдштейном, подтверждают, что барьеры в доступе к помощи (экономические, географические, стигматизация) существенно влияют на своевременность обращения и эффективность терапии, определяя мотивацию к лечению и адаптацию личности [6, С. 50; 5, С. 75; 10, С. 102].

Дестигматизация психических заболеваний, раскрытая в трудах И.Я. Гишинского, М. Фуко и А.Ю. Александрова, — это процесс преодоления негативных стереотипов и предрассудков, на который существенное влияние оказывают общественное сознание, СМИ и законодательство [4, С. 45; 11, С. 160; 1, С. 55]. Необходимость интеграции клинической психологии в систему здравоохранения, исследованная Б.Г. Ананьевым и В.Д. Шадриковым, демонстрирует важность междисциплинарного подхода, где психологическая помощь становится неотъемлемой частью комплексного лечения и реабилитации, учитывая соматические и психологические аспекты здоровья [2, С. 130; 12, С. 98]. Адаптация психологических практик к реалиям цифровой эпохи, исследованная М.Е. Васьбиной, С.Ю. Степановым и А.В. Захаровым, связана с разработкой и оценкой эффективности онлайн-терапии, использованием больших данных и



искусственного интеллекта, а также изучением влияния цифровых технологий на психику [3, С. 114; 12, С. 105].

Одной из важнейших тем клинической психологии является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Для него характерны: навязчивые мысли и образы, флэшбэки (повторное переживание травмы), избегающее поведение (мест, людей, разговоров), трудности с концентрацией внимания, депрессивные состояния, чувства беспомощности, отчуждения, а также снижение интереса к жизни и повышенная раздражительность [14, С. 113].

Масштабные эпидемиологические исследования, проводившиеся на протяжении многих лет, показывают, что распространенность ПТСР может достигать значительных цифр, особенно в группах, переживших масштабные кризисы или боевые действия. Показатели варьируются от 10% до 30% и выше, что подчеркивает остроту проблемы. Так, например, исследования, проведенные после военных конфликтов, таких как война во Вьетнаме, конфликты на Ближнем Востоке, или после крупных стихийных бедствий и террористических актов, последовательно выявляют повышенные уровни ПТСР в пострадавших популяциях.

Первичная травматизация выступает в качестве основной причины возникновения ПТСР. Это непосредственное переживание человеком травматического события, которое угрожает его жизни, физической или психологической целостности. Такое событие вызывает сильные эмоциональные реакции (страх, ужас, беспомощность) и зачастую приводит к развитию долгосрочных психологических последствий, включая ПТСР.

Однако, работа с людьми, пережившими первичную травму, может косвенно привести к развитию вторичной травматизации у специалистов. Это состояние возникает у профессионалов (психологов, врачей, социальных работников), ежедневно сталкивающихся с травматическими историями. Симптомы вторичной травматизации схожи с симптомами ПТСР и могут включать: психосоматические



нарушения (головные боли, боли в животе, усталость, расстройства пищеварения), расстройства сна (тревожные сны, бессонница), состояния сверхвозбуждения и неконтролируемые эмоциональные прорывы (взрывы гнева, эмоциональное оцепенение, повышенная тревожность, раздражительность) [13, С. 113]. По данным систематических обзоров и исследований, проведенных начиная с 1980-х годов такими пионерами в этой области, как Ч. Фиглей и Л. Халперн, а также современными исследователями, распространенность вторичной травматизации среди специалистов помогающих профессий может достигать 40-70% и выше, в зависимости от экспозиции к травме и характера работы. Вследствие вторичной травматизации снижается эффективность работы, ухудшается общее физическое и психологическое здоровье, нарушаются личные отношения, развивается профессиональное выгорание и повышается риск возникновения психических расстройств.

Для предотвращения развития клинических расстройств важно учитывать долгосрочное воздействие кризиса на психику человека и, как следствие, на психическое здоровье социума в целом [8, С. 8]. Так, в результате экономического кризиса 2008 года среди американцев трудоспособного возраста был зафиксирован рост «смертей от отчаяния». Смертность, связанная с самоубийствами и употреблением психоактивных веществ, составляла основную часть этой группы [8, С. 8]. Специалисты объясняют это главным образом потерей надежды на будущее из-за отсутствия работы и растущего социального неравенства [8, С. 8].

Эти данные подчеркивают, что психическое неблагополучие, вызванное как травматическими событиями, так и более широкими социальными и экономическими кризисами, требует не только индивидуальной, но и системной работы. Недостаточно лишь констатировать факт возникновения расстройств; необходимо активное вмешательство на разных уровнях. Эффективная профилактика и терапия ПТСР, особенно в группах высокого риска,



предотвращение вторичной травматизации у специалистов, поскольку от их благополучия зависит качество помощи другим, а также разработка мер поддержки населения в условиях кризисов, включая обеспечение доступности психологической и медицинской помощи, и работу по снижению стигмы, – все это является критически важным для формирования устойчивого психического здоровья как отдельных индивидов, так и общества в целом. Игнорирование этих аспектов в долгосрочной перспективе ведет к увеличению нагрузки на систему здравоохранения, снижению производительности труда и дестабилизации социальной сферы, что требует комплексных и проактивных стратегий.

Заключение

В условиях современных вызовов XXI века, клиническая психология сталкивается с необходимостью комплексного осмысления и адаптации своих практик. Исследование показало, что первичная травматизация выступает этиологическим фактором ПТСР, в то время как вторичная травматизация представляет собой значимый риск для специалистов помогающих профессий, снижая качество их работы и общее самочувствие. Высокая распространенность вторичной травматизации среди клиницистов требует разработки и внедрения эффективных превентивных мер и программ поддержки.

Анализ влияния широких социальных и экономических кризисов подтверждает, что психическое неблагополучие обусловлено не только индивидуальными травмами, но и системными факторами, такими как потеря надежды, экономическая нестабильность и социальное неравенство. Это диктует необходимость перехода от реагирования на уже возникшие расстройства к проактивным стратегиям, направленным на укрепление психического здоровья на индивидуальном и общественном уровнях.

Следовательно, формирование устойчивого психического здоровья в современном обществе требует многоуровневого подхода. Ключевыми



направлениями являются: повышение доступности и качества психологической помощи, активная дестигматизация психических заболеваний, интеграция клинической психологии в общую систему здравоохранения, разработка и оценка эффективности цифровых форматов терапевтической работы, а также разработка мер поддержки населения в условиях кризисов. Игнорирование данных аспектов может привести к увеличению нагрузки на систему здравоохранения и дестабилизации социальной сферы, что подчеркивает актуальность дальнейших исследований и практических разработок в данной области.

Благодарность. Папкову Валерию Евгеньевичу за вдохновение, полученное в ходе ознакомления с его многогранной профессиональной деятельностью. Обширная экспертиза В.Е. Папкова как врача высшей категории, психолога, психотерапевта и психиатра, его вклад в преподавание в Донецком государственном медицинском университете им. М. Горького и практическая работа в медицинских учреждениях Донецкой Народной Республики, стали стимулом для более глубокого изучения клинической психологии.

Источники и литература / Sources and references:

1. Александров А.Ю. Стигматизация и психическое расстройство: социально-психологический аспект // Социальная психология и общество. – 2019. – Т. 10, № 3. – С. 50-65.
2. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. – СПб.: Питер, 2001. – 288 с.
3. Васьбина М.Е., Степанов С.Ю. Цифровая трансформация в психологии: вызовы и перспективы // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2021. – Т. 18, № 2. – С. 250–268.



4. Гилинский И.Я. Социальный контроль и девиантное поведение. – СПб.: Юридический центр Пресс, 2008. – 215 с.
5. Мясищев В.Н. Психология отношений. – М.: Институт практической психологии; Воронеж: НПО “МОДЭК”, 1995. – 432 с.
6. Реан А.А. Психология человека и его жизни. – М.: Когито-Центр, 2018. – 350 с.
7. Роджерс К. Становление личности: взгляд на психотерапию. – М.: Эксмо-Пресс, 2001. – 416 с.
8. Селедцов, А. М. Клинико-психологический аспект пандемии / А. М. Селедцов, Г. В. Акименко, Ю. Ю. Кирина. – Текст : непосредственный. – // Дневник науки. – 2021. – № 3(51). – EDN: IMVXUL.
9. Фельдштейн Д.И. Психология развивающейся личности. – М.: Институт прикладной психологии; Воронеж: НПО “МОДЭК”, 1996. – 208 с.
10. Фрейд З. Толкование сновидений. – М.: АСТ, 2015. – 784 с.
11. Фуко М. Надзирать и наказывать: рождение тюрьмы. – М.: АСТ; Транзиткнига, 2005. – 480 с.
12. Шадриков В.Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности. – М.: Наука, 1982. – 185 с.
13. Ширинская А. Д. Проблемы вторичной травматизации специалистов помогающих профессий и разных категорий населения / А. Д. Ширинская // Травматерапия. Преодоление последствий психотравмирующих событий : Материалы Всероссийской специализированной с международным участием конференции, Донецк, 21–22 марта 2025 года. – Донецк: Донецкий государственный университет, 2025. – С. 112–114. – EDN JVQXDC.
14. Эриксон Э. Идентичность: юность, кризис, трансформация. – М.: Флинта; Московский психолого-социальный институт, 2006. – 352 с.



**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ КАТАТОТИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКОГО
МУЖСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

Шмаков Е. И.¹, Шишкина А. Н.²

¹*Кафедра психиатрии и наркологии*

²*ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»*

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – старший преподаватель А. С. Яковлев

Аннотация. Несмотря на давнее и исчерпывающее клиническое описание кататонического синдрома (КС) в специальной литературе, его выявление и диагностическая принадлежность нередко остаются достаточно затруднительными. Кроме того, на сегодняшний день не существует единой концепции, раскрывающей суть патофизиологии и этиологии кататонии, что сохраняет значительный научный интерес к этой проблеме. Данная статья посвящена исследованию структуры, распространенности, курабельности кататонических расстройств среди пациентов стационарного отделения в зависимости от нозологической принадлежности.

Ключевые слова: кататония, кататонический синдром, психические расстройства, клинические результаты, нозологическая классификация.

**THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF CATATOTIC
DISORDERS AMONG PATIENTS OF THE GENERAL
PSYCHIATRIC MALE DEPARTMENT.**

Shmakov E.I.¹, Shishkina A.N.²

¹*Department of Psychiatry and Narcology*

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

²*Kuzbass Clinical Psychiatric Hospital, Kemerovo, Russia*

Scientific supervisor – Yakovlev A.S.



Abstract. Despite the long-standing and comprehensive clinical description of catatonic syndrome (CS) in the specialized literature, its identification and diagnostic classification often remain challenging. Furthermore, there is currently no unified concept that explains the essence of the pathophysiology and etiology of catatonia, which maintains significant scientific interest in this problem. This article examines the structure, prevalence, and treatability of catatonic disorders among patients in a general psychiatric male department, depending on their. Key words: catatonia, catatonic syndrome, mental disorders, clinical results, nosological classification.

Keywords: catatonia, catatonic syndrome, mental disorders, clinical results.

Кататония — сложный психопатологический синдром, традиционно описываемый как комплекс двигательных расстройств, протекающий с вовлечением когнитивных, эмоциональных, волевых и речевых нарушений. Исторически описанная К. Кальбаумом как самостоятельное заболевание, она позднее была включена Э. Крепелином и Э. Блейлером в структуру шизофрении. Однако накопленные за последние десятилетия данные свидетельствуют, что кататония является транснозологическим синдромом, что нашло отражение в современных классификациях DSM-5 и МКБ-11, где категория «кататонической шизофрении» была упразднена.

Распространенность кататонии среди пациентов психиатрических стационаров варьирует от 5 до 20%. Вопреки устоявшемуся мнению, наиболее часто она ассоциирована с аффективными расстройствами [4]. Согласно исследованиям, до 50-60% пациентов с кататонией имеют диагноз биполярного расстройства (БР), при этом у 20–30% пациентов с БР кататонические симптомы могут развиваться в течение жизни, преимущественно в маниакальной или смешанной фазе. На долю шизофрении приходится лишь 10–15% случаев. Важно отметить, что около 20-25% случаев кататонии имеют симптоматический («органический») характер, развиваясь



на фоне неврологических патологий (энцефалиты, энцефалопатии), метаболических нарушений и интоксикаций [5].

Единая патофизиологическая концепция кататонии отсутствует. На сегодняшний день доминируют несколько взаимодополняющих гипотез. ГАМК-ергическая дисфункция. Снижение плотности ГАМК-A-рецепторов в орбитофронтальной и теменной коре рассматривается как ключевой механизм, объясняющий как моторные симптомы, так и высокую эффективность бензодиазепинов. Глутаматергическая гиперактивность. Предполагается, что избыточная активность глутаматергической системы в базальных ганглиях вносит вклад в развитие синдрома, что обосновывает терапевтическое применение антагонистов NMDA-рецепторов (амантадин, мемантин) [3]. Дофаминергическая дисрегуляция.

Блокада D2-рецепторов в стриарной системе может усугублять кататоническую симптоматику, объясняя риски применения типичных антипсихотиков и развитие злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС). Нейроэндокринные и иммунные нарушения. Кататония может манифестировать при аутоиммунных энцефалитах (например, с анти-NMDA-рецепторами) и эндокринопатиях, что указывает на роль иммунной системы и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси в патогенезе [6].

Своевременная диагностика кататонии остается клинической задачей [2]. «Золотым стандартом» признана шкала Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS), которая включает скрининговый инструмент (BFCSI) из 14 пунктов. Сохранение двух и более симптомов (ступор, каталепсия, мутизм, негативизм, застывание, манерность, стереотипии, возбуждение, эхолалия/эхопраксия) в течение 24 часов делает диагноз кататонии высоковероятным [1].

Важным диагностическим и одновременно терапевтическим инструментом является бензодиазепиновый тест. Внутривенное введение 1–2 мг лоразепама с



последующей оценкой состояния через 10-15 минут позволяет подтвердить диагноз при наличии положительного ответа.

Терапия кататонии должна быть комплексной и включать: 1) коррекцию основного заболевания; 2) профилактику соматических осложнений (тромбоэмболии, пролежни, дегидратация); 3) специфическое купирование кататонической симптоматики.

Бензодиазепины – терапия первой линии. Наиболее изученным препаратом является лоразепам в дозах от 2 до 16 мг/сут. Эффективность достигает 70-80%, при этом ответ часто наблюдается в первые несколько дней. Для быстрого купирования применяют протокол с парентеральным введением (в/м 2 мг лоразепама с повторением через 2 часа при необходимости) [1].

Электросудорожная терапия (ЭСТ) применяется при резистентности к бензодиазепинам или в случаях злокачественной (жизнеугрожающей) кататонии. ЭСТ демонстрирует высокую эффективность, позволяя добиться полного регресса симптоматики. Рекомендуется билатеральное наложение электродов [5].

Антипсихотики не являются препаратами выбора. Типичные антипсихотики (галоперидол) и некоторые атипичные (рисперидон) противопоказаны в острой фазе, так как могут потенцировать ухудшение и провоцировать ЗНС. С осторожностью на этапе стабилизации может применяться клоzapин ввиду его уникального рецепторного профиля. Вспомогательная терапия. В ряде случаев показали эффективность антагонисты NMDA-рецепторов (амантадин 100-500 мг/сут, мемантин 10-20 мг/сут). Данные об использовании антиконвульсантов (карбамазепин, топирамат) ограничены и требуют дальнейшего изучения.

Резюмируя, кататония представляет собой клинически гетерогенный синдром, выходящий за рамки какой-либо одной нозологии. Современный подход требует от клинициста широкой диагностической настороженности для выявления как психиатрических, так и соматоневрологических причин. Терапевтическая стратегия



должна быть поэтапной, с приоритетом бензодиазепинов и ЭСТ, и крайней осторожностью в назначении антипсихотиков. Дальнейшие исследования патогенеза и терапии кататонии необходимы для улучшения стандартов помощи данной категории пациентов.

Целью данного исследования является изучение структуры, распространенности, курабельности кататонических расстройств среди пациентов общепсихиатрического мужского отделения в зависимости от нозологической принадлежности.

Материалы и методы

В исследование были включены пациенты с кататоническими расстройствами в рамках острых психотических состояний в возрасте от 18 до 60 лет с установленными диагнозами шизофрении (F20), шизоаффективного расстройства (F25), биполярного аффективного расстройства (F31), органического кататонического расстройства (F06.1). Использовались клинический метод, катамнестический метод в форме ретроспективного анализа историй болезни психиатрического стационара, шкала оценки кататонических расстройств (BFCRS).

Результаты исследования

Общее число пациентов составило 38 человек. В ходе исследования нами были выделены две группы пациентов.

I группа: Пациенты с выраженными кататоническими расстройствами при поступлении (36+-9б по шкале BFCRS). Группа составила 13 человек – 34,21%. В данной группе кататонические расстройства представлены в виде: ступора, психомоторного возбуждения, активного и пассивного негативизма, каталепсии, эхолалия/эхопраксии, восковой гибкости, импульсивности, мутизма, фиксированного взгляда).

По нозологической структуре преобладали больные параноидной шизофренией F20.0 (8 человек – 61,53%), 3 наблюдения - 23,07% - пациенты с



шизоаффективным расстройством F25 (2 - F25.2, 1 - F,25.0); 2 случая – 15,38% - органическое шизофреноподобное расстройство F 06.2.

Кататонические расстройства возникли в рамках галлюцинаторно-параноидного, кататоно-параноидного, онейроидно-кататонического синдромов и носили, преимущественно ундулирующий характер. Наиболее часто встречался галлюцинаторно-параноидный синдром с выраженными кататоническими включениями. В данной группе при доминировании кататоно-параноидных расстройств кататонические расстройства обладали большей выраженностью и на определенных этапах являлись определяющими тяжесть состояния. Возбуждение носило характер истинного кататонического возбуждения с импульсивностью, агрессивным и разрушительными действиями. Ступорозные состояния также имели все признаки, присущие классическому кататоническому ступору.

Галлюцинаторно-параноидные синдромы с преобладанием галлюцинаторного варианта сопровождались многочисленными кататоническими включениями в виде двигательными и речевыми стереотипиями, импульсивностью, явлениями мутизма, негативизма, эпизодами застываний до субступора. Выраженных эпизодов возбуждения и ступора не отмечалось. Исключительно в этой группе на момент обследования встречались состояния онейроидно-кататонической структуры. Они проявлялись очерченным онейроидным помрачением сознания, сопровождающимся выраженными психомоторными нарушениями, достигающими степени кататонического ступора. У пациентов с органическим шизофреноподобным расстройством кататонические расстройства проявлялись ступором, мутизмом, негативизмом, отказом от еды - у 1 пациента, в структуре кататоно-параноидного синдрома и в структуре галлюцинаторно-параноидного синдрома у второго пациента.

Средний возраст пациентов составил 35 – 60 лет. Длительность заболевания варьировалась от 6 до 20 лет. У пациентов данной группы заболевание носило



неблагоприятный характер с тенденцией к непрерывному типу течения. Вне острых состояний сохранялись резидуальные психотические симптомы. Обострения носили аутохтонный характер. Редукция кататонических расстройств шла параллельно редукции галлюцинаторно-бредовой симптоматики. По выходу из острого состояния у пациентов данной группы сохранялись кататонические симптомы в виде стереотипий, негативизма, манерности, гримасничанья. Большая часть пациентов была стойко дезадаптирована и имела инвалидность по психическому заболеванию.

У всех пациентов выраженность кататонической симптоматики превышала скрининговый порог в 4 балла. Степень ее редукции по BFCRS составила в среднем 47-65%, что является меньшим результатом, нежели во второй группе.

II группа: Пациенты с умеренно выраженными кататоническими расстройствами (25 человек – 65.7%).

Кататонические расстройства были представлены психомоторным возбуждением, импульсивностью, негативизмом, мутизмом, агрессивностью, реакциями отказа). Преобладали больные с шизофренией (11 человек). С шизоаффективным расстройством 8 человек, с биполярным аффективным расстройством 6 человек. Средний возраст пациентов составил 24 - 40 лет. Длительность заболевания варьировалась от 1,5 до 12 лет. Этап кататонических расстройств в данной группе являлся транзиторным и кратковременным. Стойко дезадаптированы и имели инвалидность в связи с психическим заболеванием 12 обследованных.

Шизофрения была представлена параноидной формой, в клинической картине на передний план выступали галлюцинаторно-бредовые и кататоно-параноидные синдромы. Заболевание характеризовалось благоприятным течением с малой выраженностью дефицитарных расстройств. Негативная симптоматика характеризовалась умеренной аутизацией, астеническими явлениями. Ряд



пациентов сохраняли трудоспособность, что сопровождалось, в то же время, снижением профессиональных навыков, социальным дрейфом. Как галлюцинаторно-бредовые, так и кататонно-параноидные расстройства полностью редуцировались на момент выхода из психоза. По мере выхода из психотического состояния каких-либо резидуальных психотических симптомов не отмечалось. Ремиссии носили длительный характер.

У пациентов, страдающих шизоаффективным расстройством, также преобладало благоприятное течение заболевания. Межприступные промежутки носили длительный характер, сопровождалась высоким качеством ремиссий. Часть пациентов сохраняла работоспособность.

У пациентов с биполярным аффективным расстройством, заболевание соответствовало течению типичных фазных аффективных психозов. Структура приступов определялась классическими аффективными фазами. Маниакальные состояния отмечались у 2 человек, у 4 человек преобладал депрессивный аффект.

Кататоническая симптоматика была, как правило, «конгруэнтна» полюсу имевшихся аффективных нарушений, являлась следствием утяжеления двигательных нарушений, характерных для аффекта, преобладающего в структуре приступа. При депрессивных состояниях были широко представлены явления кататонического ступора с мутизмом, отказом от пищи и воды. В динамике первоначально отмечалось формирование идеомоторного торможения, которое, постепенно нарастало, достигая степени очерченного кататонического ступора. У пациентов с выраженным тревожным компонентом в структуре синдромально оформленные состояния ступора периодически сменялись эпизодами кататонического возбуждения с нецеленаправленной импульсивной моторной активностью.

При маниакальных состояниях отмечались периоды психомоторного возбуждения с импульсивностью и агрессией. Кататоническое возбуждение



являлось следствием характерного для маниакальных состояний идеомоторного ускорения. По мере утяжеления состояния возбуждение становилось все более непредсказуемым, импульсивным. Присоединялись такие симптомы, как двигательные, речевые стереотипии. По мере углубления состояния пациенты становились окончательно недоступны продуктивному контакту в связи с развитием мутизма. У ряда больных на высоте состояния отмечалось развитие маниакального ступора, сопровождающегося явлениями восковой гибкости, отказом от пищи.

При оценке по BFCRS кататоническая симптоматика превышала скрининговый порог в 4 балла. Редукция кататонической симптоматики составила в среднем 88-99%.

По результатам исследования были выделены две группы пациентов, различавшихся по степени выраженности кататонических расстройств. Оказалось, что в группе с более выраженными кататоническими симптомами заболевание имеет неблагоприятное течение, эти пациенты дезадаптированы, кататонические расстройства подвержены меньшей редукции. Наиболее тяжело протекающие и хронизированные формы кататонии наблюдались преимущественно при шизофрении. Кратковременные и транзиторные расстройства встречались как при шизофрении, так и при аффективных расстройствах, преимущественно при БАР. Изучение динамики возникновения, развития и регресса кататонических симптомов и их взаимосвязь с сопутствующей симптоматикой позволяет не только оценить прогноз заболевания, а также определить тактику ведения пациентов с подобными расстройствами. Кататонический синдром был выявлен не только в рамках шизофренического процесса, а также при аффективных и органических расстройствах, что говорит в пользу его как транснозологического синдрома.

Заключение

Результаты исследования говорят о том, что кататонические расстройства встречаются как при эндогенных расстройствах, так и при органических. Наиболее



тяжелый кататонический синдром по нашим данным наблюдается у пациентов, длительно страдающих шизофренией. У пациентов, страдающих органическим заболеванием головного мозга с психическими нарушениями не менее тяжелые кататонические расстройства. Более курабельные кататонические расстройства встречались у пациентов с аффективными расстройствами, биполярным аффективным расстройством.

Источники и литература / Sources and references:

1. Биологическая терапия психических заболеваний /Под ред. Авруцкого Г. Я., Вовина Р. Я., Личко А. Е. и Смулевича А. Б. – М.: Медицина, 1976. – 312 с.
2. Борисова, П. О. Нозологическая дилемма и клинический полиморфизм феномена кататонии / П. О. Борисова // Психиатрия. – 2020. – Т. 18, № 2. – С. 61-70.
3. Дунаевский, В. В. Кататония-эволюция взглядов и современные представления (обзор литературы) / В. В. Дунаевский, А. В. Кузнецов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2019. – № 4-2. – С. 29-40.
4. Кататония (актуальные проблемы психопатологии и клинической систематики) / А. Б. Смулевич, Т. П. Ключник, П. О. Борисова [и др.] // Психиатрия. – 2022. – Т. 20, № 1. – С. 6-16.
5. Конорева, А. Е. Кататония: патофизиология, диагностика и современные подходы к лечению / А. Е. Конорева, Э. Э. Цукарзи, С. Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств. – 2019. – № 4. – С. 2-10.
6. Незнанов, Н. Г. Клинико-психопатологические аспекты патоморфоза кататонических расстройств / Н. Г. Незнанов, А. В. Кузнецов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2020. – № 1. – С. 64-71.



НАРКОМАНИЯ КАК ФОРМА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Юдин С. А.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В настоящей работе проводятся результаты анализа феномена «омоложения» наркотической зависимости, рассматриваются ключевые этиологические факторы, способствующие употреблению психоактивных веществ среди различных возрастных групп. Рассмотрены стадии формирования аддиктивного поведения и идентифицированы специфические группы молодых людей, подверженных риску наркотизации. Особое внимание уделено вопросам превентивных мер, направленных на минимизацию распространения наркотической зависимости среди несовершеннолетних и молодежи.

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

DRUG ADDICTION AS A FORM OF DEVIANT BEHAVIOR AMONG YOUTH: A LITERATURE REVIEW

Yudin S. A.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. This paper presents the results of an analysis of the phenomenon of «rejuvenation» of drug addiction and examines the key etiological factors contributing to psychoactive substance use among various age groups. The stages of addictive behavior development are examined, and specific groups of young people at risk of drug addiction



are identified. Particular attention is paid to preventive measures aimed at minimizing the spread of drug addiction among minors and young adults.

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

Введение

Феномен злоупотребления ПАВ среди молодых людей представляет собой сложную социокультурную проблему, детерминированную множеством факторов, включая психологические, социальные, экономические и демографические. В современном социуме проблема распространения и потребления психоактивных веществ (ПАВ) среди молодых людей приобрела масштабный характер. Несмотря на интенсивные превентивные меры, предпринимаемые различными субъектами профилактики, данное явление остается чрезвычайно актуальным.

С точки зрения медицины и психологии, проблема злоупотребления ПАВ среди молодежи требует междисциплинарного подхода, включающего комплексное изучение психофизиологических механизмов, лежащих в основе формирования зависимости, а также разработку эффективных методов профилактики и реабилитации. В частности, необходимо учитывать генетическую предрасположенность к развитию зависимости, а также влияние психосоциальных факторов, таких как стресс, травматический опыт и социальная изоляция.

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

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



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

Реализация поставленной цели предполагает решение следующих взаимосвязанных задач:

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

Основные тенденции употребления наркотических и токсических веществ в изучаемой среде

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

В 2005 году 13,9 % молодых людей в возрасте 11-24 лет регулярно употребляли наркотики. К 2011 году 20 % наркозависимых являлись школьниками, 60 % от всех зависимых приходилось на молодёжь в возрастном диапазоне от 16 до 30 лет. Были зафиксированы несколько случаев употребления наркотиков детьми 6-7 лет, которых приобщили родители-наркоманы. По данным исследования Российской академии наук 2016 года, 27 % зависимых начали употребление в старших классах, 45 % - в годы студенчества. В некоторых регионах до 22 % опрошенных пробовали аптечные наркотики. По оценке социологов, при сохранении таких темпов роста наркотизации к



2060 году 80 % подростков и молодёжи могли бы стать потребителями наркотиков [1, с.19].

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

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

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

Причины и факторы, способствующие употреблению наркотических веществ подростками и молодежью

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

- экономическое/социальное неблагополучие общества;
- противоречия и несогласованность в законодательстве;
- непоследовательное и неумелое воспитание, ослабление семейных связей, отсутствие родительского авторитета, неподготовленность родителей



к проведению антинаркотического воспитания в семье. Наиболее важным фактором считаются асоциальные семьи с пьянством, криминалами родителей и жестоким отношением внутри семьи друг к другу;

- отсутствие налаженной системы в организации досуга детей и молодежи, развал системы детских и молодежных организаций;

- явная и скрытая реклама психоактивных веществ. Школьники в возрасте от 10 до 12 лет, например, под влиянием увиденных фильмов начинают играть в «наркоманов», а у многих подростков 13-17 лет складываются ложные представления о престижности наркомании. Это обусловлено существованием так называемой наркокультуры (музыка, фильмы и т.д.) [4, с.7];

- потерю жизненных ценностей, отсутствие позитивных идеалов;

- утрата профессиональных перспектив;

- доступность алкоголя и наркотиков;

- отсутствие понятий о ведении здорового образа жизни и его низкий рейтинг в системе социальных ценностей;

- криминогенную роль преступных наркотических сообществ;

- Среди детей больных наркоманиями также существенно выше процент тех, кто имеет те или иные характерологические и поведенческие расстройства: повышенную возбудимость, агрессивность, склонность к депрессивным реакциям, что, в свою очередь, создает благоприятную почву для развития химической зависимости у, такого ребенка в будущем. Известно также, что употребление наркотиков женщиной во время беременности может стать причиной рождения ребенка со сформированной наркотической зависимостью [4, с.11];

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



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

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

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

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

Существует распространенное мнение, что более подвержены алкоголизму, токсикомании, а в последующем и наркомании дети из социально неблагополучных семей, для которых характерны социальная изолированность, неудовлетворительные жилищные условия и безработица. Вопреки этому мнению в



настоящее время высок риск наркотизации у детей и молодых людей из внешне благополучных состоятельных семей, где родители озабочены своим социальным положением, а часто возникающие конфликты между членами семьи создают психологическую напряженность и неблагоприятную обстановку. Родители-алкоголики или наркоманы - это всегда повышенный фактор риска злоупотребления алкоголем и наркотиками у детей [4, с.7].

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

Следует признать, что зависимость от психоактивных веществ перестала быть исключительно медицинской проблемой, связанной с выявлением, лечением и медицинской реабилитацией наркозависимых. В настоящее время это проблема социальная. На фоне пробелов в воспитании, слабой антинаркотической деятельности со стороны субъектов профилактики, злоупотребление наркотиками стало у молодых людей социально приемлемым. Все традиционные меры профилактического, разъяснительного и репрессивного характера не достигнут цели. В сложившейся ситуации профилактическая работа должна быть направлена в первую очередь на активизацию, тренировку и развитие основных психологических механизмов, участвующих в формировании нравственной культуры личности, а также в формировании социальных навыков. [6, с. 21]

Структура потребляемых наркотических веществ

Алкоголь относится к группе психоактивных веществ и фактически является легальным наркотиком, потребление которого очень распространено. При этом исследователи признают алкоголь наиболее социально опасным наркотиком. Также



легализован никотин, являющийся стимулятором, от которого ежегодно умирает 329 тысяч россиян.

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

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

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

3. Нарушение состояния здоровья. Степень и характер повреждения здоровья в большой степени зависит от вида наркотического вещества и способа его введения. Наиболее распространенная в России героиновая зависимость – наиболее мощный разрушитель человеческого организма. Средняя продолжительность жизни такого наркомана не дотягивает до 30 лет – человек погибает от передозировки, которая случается в гонке за былой эйфорией, от инфекционных заболеваний (в том числе вирусного гепатита и ВИЧ), от цирроза печени, дистрофии клеток сердца, общего истощения.

Опиаты (героин, метадон, маковая соломка). Опиатные наркотики вызывают вымывание кальция из костей и зубов. В результате зубы у опиатных наркоманов быстро разрушаются. Обычно уже через 2–3 года от них остаются только торчащие



черные корни. Наличие таких зубов у молодого человека может служить одним из признаков наркомании.

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

Психостимуляторы (кокаин, амфетамин, экстази). При длительном употреблении происходит повреждение клеток головного мозга, что приводит к развитию психозов с бредом и галлюцинациями. Поведение больного становится похожим на поведение больного шизофренией. У многих развивается мания преследования. Больные теряют реальную связь с окружающим миром, что часто приводит к трагичным последствиям. Психостимуляторы «транжируют» биологическую энергию в большом количестве. Поэтому при регулярном их приеме наступает психическое и физическое истощение, человек сильно худеет и стареет. Сердце не успевает восстанавливаться, что приводит к его истощению и увеличивает вероятность смерти из-за сердечной недостаточности и остановки сердца. Истощение нервной системы приводит к тяжелым депрессиям, которые часто заканчиваются самоубийством.

Галлюциногены (ЛСД, ядовитые грибы *Psilotsibum*). На жаргоне наркоманов галлюциногены называются «кислота». Все галлюциногены в первую очередь повреждают головной мозг и разрушают психику. Очень быстро (обычно хватает



одного года) наркоман становится похожим на больного шизофренией. Периодически его посещают психозы с паническим страхом, галлюцинациями, бредом преследования. «Любители» грибов часто погибают от отравления. Если наркоман не умирает раньше, то со временем он обычно прекращает прием галлюциногенов, так как превращается в слабоумного. Так как галлюциногены изменяют сознание, наркоманы ведут себя очень «неординарно» — совершают неадекватные поступки, прислушиваются к собственным галлюцинациям, смотрят на стене или в окне «мультики», бредят, разговаривают с «голосами». Речь бессвязная, мысли обрывочные, противоречивые.

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

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



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

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

Пути преодоления и профилактика

Демонизация наркотических веществ под утверждениями: «после первого раза ты уже станешь зависимым, и у тебя начнется ломка», «попробовав траву ты сразу же перейдешь на опиаты», «после первой же инъекции *название наркотика* ты начнешь гнить» или «наркотики превратят тебя в животное» не совсем действенный способ борьбы с наркоманией. На первый взгляд может казаться, что если хорошо запугать человека, то он не будет притрагиваться к веществам, на деле это не только не работает, но и приводит к противоположному эффекту. Те люди, что пробуют психоактивные вещества убеждаются на собственном примере, что та антипропаганда, которую он видел, содержит в себе ложную информацию, а это подрывает доверие и к правдивой ее части. Пробуя наркотик, человек не получает ни ломки, ни зависимости (важно не путать это с аддиктивным поведением, проявляющимся в фиксации внимания, главная черта которого состоит в том, чтобы повторить пережитый опыт изменения сознания). Именно за счет этого человек воспринимает свой опыт как что-то безвредное и легкое, а самое опасное, что он может начать транслировать все это на свое окружение, которое после попадет в ту же самую ловушку. Как раз-таки эта легкомысленность влечет за собой серьезные последствия, в том числе и зависимость.



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

Лечение наркотической зависимости – это не просто длительное (не месяц и даже не год) нахождение в специализированном учреждении, это отказ от всего, к чему привык, радикальная смена образа жизни. Зачастую лечение подразумевает полный отказ от старого круга общения, переезд, смену деятельности, ежедневную работу над собой. Но даже если наркозависимый смог найти в себе силы пройти лечение, то в глазах общества он все еще тот, кому нельзя верить, ведь «бывших наркоманов не существует».

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



окружающими, таким образом он еще больше лишает себя возможности получить помощь со стороны.

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

- эффективное пресечение незаконного оборота наркотиков;
- дальнейшее развитие общегосударственной системы мер борьбы с наркоманией и наркопреступностью, разработку и внедрение профилактических антинаркотических программ в среде молодежи, ведь существующая система предполагает не помощь зависимым от веществ людям, а наказание за употребление или распространение наркотических веществ. Пребывание в заключении не лечит наркотическую зависимость
- дальнейшее совершенствование мер по выявлению групп риска с использованием различных методов (медицинских, психологических и т.д.), лечению и реабилитации лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических веществ, а также профилактическая работа с лицами различных групп риска по групповым и индивидуальным программам;
- совершенствование антинаркотической пропаганды. Предоставление четкой и доступной информация для детей, подростков, их родителей;
- привлечение государственных и негосударственных организаций, общественных объединений, физических лиц к участию в реализации целевых



программ, направленных на предупреждение незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также их незаконного оборота;

– укрепление и совершенствование взаимодействия со средствами массовой информации;

– создание профессиональной системы подготовки специалистов в области профилактики и лечения наркомании.

Заключение

Исходя из всего выше сказанного, можно сделать вывод, что на сегодняшний день проблема употребления психоактивных веществ и их распространения среди молодежи перешла в разряд глобальных и приобрела особую актуальность в связи с неудовлетворительной изученностью ее специфики и профилактической работой. Процесс приобщения подростка к наркотическим веществам является системой отношений между подростком, семьей, обществом и наркокультурой. Сам подросток является субъектом, семья источником причин наркотизации, общество – это среда для развития наркотической зависимости, наркокультура – это инструмент приобщения подростка к веществам. Таким образом, здоровая семья является одним из самых важнейших аспектов для социализации ребенка и профилактики наркотической зависимости. Профилактическая работа должна быть направлена в первую очередь на развитие и тренировку основных психологических механизмов, участвующих в формировании нравственной культуры личности, а также в формировании социальных навыков.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю., Акименко Г.В. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии. Дневник науки. 2020. № 8 (44). С. 10.
2. Позднякова М.Е., БРЮНО В.В. Изучение наркоситуации в России и за рубежом: сравнительный анализ // Россия реформирующаяся. 2019.



3. Силласте Г. Социальная безопасность личности, общества и государства // Безопасность Евразии. 2000.

4. Егоров А. Ю. Возрастная наркология. СПб.: Дидактика Плюс, М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. 272 с. (Серия: «Лечение зависимостей»)

5. Рублева, Т.Ю. К вопросу о влиянии употребления опиатов на когнитивные способности человека (память, внимание) и его учет при оказании помощи наркозависимым / Т.Ю. Рублева // Национальный и международный уровни противодействия наркоугрозе и взаимодействие в сфере реабилитации и ресоциализации наркопотребителей: сборник материалов XVIII международной научно-практической конференции. Красноярск: СибЮИ ФСКН России, 2015.

6. Рублева, Т.Ю. Психологическая профилактика химических зависимостей: учебное пособие. Красноярск: СибЮИ МВД России, 2018.

7. Завьялова Г.А. Социально-психологическая адаптация студентов первокурсников педиатрического факультета к самостоятельному проживанию в общежитии // Г.А. Завьялова, О.В. Шмакова, О.В. Головкин / В сборнике: Актуальные проблемы высшего и среднего образования. материалы XV научно-методической конференции с международным участием. Кемерово, 2023. С. 152-156.

ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Яковлева А. А., Яковлев А. С.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье рассматриваются личностные характеристики, которые влияют на способность медицинских работников справляться со стрессом. Авторы исследуют различные аспекты, включая эмоциональную устойчивость, уровень самоконтроля и способность к адаптации. Особое внимание уделяется роли



профессиональной подготовки и опыта в формировании стрессоустойчивости. В результате анализа были выявлены ключевые личностные предикторы, которые могут способствовать успешному преодолению стрессовых ситуаций в медицинской практике.

Ключевые слова: медицинские работники, стресс, стрессоустойчивость, личностный потенциал.

PERSONALITY FACTORS INFLUENCING STRESS RESILIENCE IN MEDICAL WORKERS

Yakovleva A. A., Yakovlev A. S.

*Department of Psychiatry and Addiction Medicine
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Abstract. This article examines the personality traits that influence healthcare workers' ability to cope with stress. The authors explore various aspects, including emotional stability, self-control, and adaptability. Particular attention is paid to the role of professional training and experience in developing stress resilience. The analysis identified key personality predictors that can contribute to successful coping with stressful situations in medical practice.

Keywords: healthcare workers, stress, stress resilience, personal potential.

Введение

В условиях глобальной стрессовой ситуации, вызванной пандемией COVID-19, медицинские работники оказались в особенно сложной ситуации. Их деятельность, напрямую связанная с лечением и профилактикой данного заболевания, характеризовалась высокой эмоциональной насыщенностью в сфере межличностного взаимодействия, ненормированным рабочим графиком, повышенными требованиями к ответственности и компетентности.



С другой стороны, медицинские работники столкнулись с низким уровнем информированности о природе и механизмах распространения вируса, а также с неопределенностью относительно эффективных методов лечения и профилактики. Это усугублялось наличием множества противоречивых мнений и рекомендаций, что создавало дополнительные когнитивные и эмоциональные нагрузки.

Риск заражения самого медицинского работника также стал важным фактором стресса. Постоянная угроза здоровью могла привести к снижению мотивации и профессиональной эффективности, а также к развитию симптомов профессионального выгорания.

Кроме того, пандемия вызвала резкую смену профессиональной ориентации и изменение структуры организаций здравоохранения. Медицинские работники были вынуждены адаптироваться к новым условиям работы, осваивать новые навыки и методы, что требовало значительных временных и интеллектуальных ресурсов.

Все вышеперечисленные аспекты, в той или иной форме, обязательно, сопровождающие медицинскую деятельность в условиях пандемии COVID-19, являются генераторами высокого уровня заболеваемости, достаточно частых случаев психологической деформации, и как следствие, возникновения быстрого профессионального выгорания на работе [1]. Такое понятие как «психическое выгорание», которое обычно всегда упоминается в качестве синдрома, появляющегося у работников в результате продолжительного воздействия профессиональных стрессов, встречается часто в научной литературе [2, с. 56]. Базисными признаками профессионального «выгорания» считаются: влекущее за собой снижение рабочей продуктивности истощение эмоциональной сферы; обезличенность своей должности, формализация контактов, прекращение эмоциональной вовлеченности и участия; обесценивание результатов своей деятельности, снижение самооценки профессионала [3, с. 73].



При длительном воздействии на личность медицинского работника отрицательных внешних особенностей среды, их эмоционально-волевая сфера приобретает лабильный характер. Частая смена настроения и вспыльчивость повышают частоту конфликтных ситуаций на рабочем месте, а раздумья и переживания быстро истощают психоэмоциональные ресурсы специалиста. В итоге, если медицинский работник неумет преодолевать трудности или оптимально дозировать свои эмоции на работе, то любое проявление неустойчивости эмоциональной сферы может быть заметно пациентам и мешать нормальной деятельности специалиста, также он может принять неправильное решение и совершить ошибочные действия.

Таким образом, одним из профессионально важных качеств медицинского работника, особенно в условиях пандемии, является стрессоустойчивость. Если стресс Г. Селье понимал как неспецифичный, т.е. одинаковый при всех видах стимулов (даже противоположных по стимулируемому чувству) ответ организма на требование приспособиться к новой ситуации; то соответственно, под стрессоустойчивостью он считал степень успешности восстановления организменного равновесия [9, с. 9]. То есть, для продуктивного сопротивления стрессу необходимо обладать стрессоустойчивостью – ресурсами, переменными личности и психики индивида (поведенческими, личностными, когнитивными, энергетическими), способными мобилизоваться в ответ на столкновение с предъявляемыми стрессогенной ситуацией требованиями, и могут быть оценены как скрытый или реализуемый в отдельной стрессовой ситуации резерв, компенсирующий воздействие вредоносного влияния факторов этой ситуации [5, с. 144].

Эффективно противодействовать возникновению в современных экстремальных условиях внешней среды нагрузки на организм медицинского работника, провоцирующей его напряженность и требующей изменений, возможно



лишь с наличием индивидуально-личностных качеств, среди которых, несомненно, позитивный взгляд на жизнь, т.е. оптимистичное отношение к реальности и сознательное проявление активности по изменению мира, взаимодействию с социумом и факторами профессии. Так, белорусскими исследователями в 2017 году было опубликовано исследование, в котором предоставлены результаты эмпирического исследования жизнестойкости и оптимизма медицинских работников. Как отмечают авторы, индивиду удается преодолеть проблемы в жизни, благодаря оптимизму. В данной работе «диспозиционный оптимизм определяется как личностный фактор, отражающий глобальные установки относительно успеха будущих возможностей и смысла действий в предстоящих жизненных событиях» [6, с. 42].

М. Аргайл понимает оптимизм как систему оценок и взглядов не только на будущее, но и на собственное прошлое, настоящее, валяющую на ожидание благоприятного и доброго от социума и людей в отдельности [4, с. 140].

По мнению М. Селигмана, оптимизм и пессимизм, являясь некими базовыми установками по отношению к миру, экстраполируются во всех жизненных ситуациях и проявляются во взглядах на них. Оптимизм, например, сочетается с такими личностными характеристиками как уверенность в себе, надежда, вера в высшие силы. Пара оптимизм и пессимизм в его работе выступают жизненными позициями, основополагающей системой координат для жизненного пути. Для оптимиста неудачи лишь временные помехи, тогда как победы, успех и достижения являются универсалиями, обязательно существующими, из которых, как бы, соткана реальность. Пессимист же, напротив, замечает в основном только негативное, препятствия и проигрыши, считая, что в них и заключается жизнь [8, с. 120].

Следующее понятие, актуальное для нашего исследования – активность, которая характерна для всех живых организмов, как стремление приспособиться к окружающей среде ради биологического выживания. У людей активность



проявляется в желании изменить реальность для удовлетворения своих потребностей, и отличается тем, что осуществляется процесс приспособления к ним [7, с. 178]. Активность личности в психологии рассматривается в качестве важнейшей черты человека, благодаря которой он способен преобразовывать окружающую реальность, с помощью интеллектуальных усилий, напряжения психических процессов и физических возможностей, стремления к креативной деятельности влиять и изменять предметы, явления, различные системы.

В связи с важностью сохранения здоровья медицинских работников в условиях повышенной стрессовой нагрузки и той роли, которую играет личность данных специалистов в успехе лечения пациентов, представляет интерес исследование особенностей стрессоустойчивости, оптимизма и активности во взаимосвязи у медицинских работников.

Объекты и методы исследования

Целью нашего исследования стало выявление взаимосвязи между стрессоустойчивостью у медицинских работников и их уровнем оптимизма и активности.

В рамках эксперимента использовались следующие методики: бостонский тест на стрессоустойчивость (тест «Анализ стиля жизни»); методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге; методика «Тест на оптимизм» Р.С. Немова; методика «Шкала оптимизма и активности» адаптированная Н.Е. Водопьяновой и М.В. Штейном методика «AOS» (И.С. Шуллер и А.Л. Комуниан); опросник «Самочувствие. Активность. Настроение», разработанный сотрудниками Первого Московского медицинского института имени И.М.Сеченова («САН»).

Всего в исследовании приняли участие 51 медицинский работник из медицинских учреждений г. Кемерово, г. Белова, г. Новокузнецка. Сбор данных



проходил в очном и дистанционном режиме с помощью видео-платформ в условиях пандемии COVID-19.

Из числа всех испытуемых в государственных структурах работают 29 человек (57%), в коммерческих - 22 человека (43%). Женщины составили 26 человек, мужчины – 25 человек. Также испытуемые были разделены на пять групп по направлению специальности (разделение проходило согласно приложению к приказу министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. N 1183н): руководители, специалисты с высшим медицинским образованием (врачи), специалисты с высшим немедицинским образованием, средние и младшие медицинские работники.

Для обработки данных использовался подсчет среднего арифметического значения, процентное распределение, ранжирование, что позволяет определить степень выраженности каждой шкалы в выборке; а также критерии выявления взаимосвязи переменных, такие как Ф-критерий Фишера, U-критерий Манна-Уитни, г-критерий Спирмена.

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования указывают на то, что большей части медицинских работников (55%) присущ низкий уровень стрессоустойчивости, т. е. стрессовые ситуации, оказывают значительное влияние на их жизнь и уровень сопротивляемости этим факторам недостаточно продуктивен, что сказывается на снижении адаптационной функции организма специалиста.

Между уровнем стрессоустойчивости медицинских работников и их гендерной принадлежностью нет значимой связи: уровень стрессоустойчивости медицинских работников мужчин не превышает уровня стрессоустойчивости медицинских работников женщин, и, наоборот.

Самый высокий уровень стрессоустойчивости имеют специалисты, стоящие на руководящих должностях (средний ранг 28,79), затем по снижению: специалисты с



высшим медицинским образованием, не занимающие руководящие должности (средний ранг 30,83); специалисты с высшим не медицинским образованием, не стоящие на руководящих должностях (средний ранг 42,24); средний медицинский персонал (средний ранг 44,18); и самый низкий уровень стрессоустойчивости имеют представители младшего медицинского персонала (средний ранг 58,33). Руководители и медицинские работники с высшим не медицинским образованием имеют средний уровень стрессоустойчивости; остальные же работники (врачи, средний и младший медицинский персонал) имеют низкий уровень стрессоустойчивости. Мы предполагаем, что такая тенденция связана с уровнем рефлексии, мышления, IQ, вектором мотивационной и особенностями эмоционально-волевой сфер психики.

В основном, медицинским работникам присущ пороговый уровень стрессонаполненности (медиана 279): в пределах года в их жизни присутствует не малое количество ситуаций, вызывающих стресс, как положительных, так и отрицательных. При этом количество ситуаций в жизни, за последний год, способных спровоцировать стресс, у медицинских работников не зависит от их гендерной принадлежности.

Самый низкий уровень стрессонаполненности в жизни имеют специалисты, стоящие на руководящих должностях (средний ранг 171,43), затем по повышению: специалисты с высшим медицинским образованием, не стоящие на руководящих должностях (средний ранг 299,33); специалисты с высшим не медицинским образованием, не стоящие на руководящих должностях (средний ранг 389,21); средний медицинский персонал (средний ранг 425,32); и самый низкий уровень стрессоустойчивости имеют представители младшего медицинского персонала (средний ранг 599,33). Значимо отличаются от других групп руководители – их уровень стрессонаполненности колеблется от низкого к среднему, тогда как остальные группы располагаются в пределах пороговой и высокой степеней.



Предположительно, такая тенденция связана с количеством конфликтных бытовых и профессиональных ситуаций, интенсивностью взаимодействия в системе «человек-человек», социальным и профессиональным статусом, материально-финансовым уровнем.

Уровень стрессоустойчивости медицинских работников прямо пропорционально связан с количеством стрессовых ситуаций в их жизни. Это можно объяснить тем, что чем выше способность медицинского работника справляться с экстремальными сложными событиями, тем меньшее количество стрессовых ситуаций будет присутствовать в его жизни.

В основном (69%), медицинские работники смотрят на жизнь трезво; но, хоть взгляд на жизнь и реалистичный, тем не менее он основан на нормальном оптимизме, который в различных социальных ситуациях доминирует.

Самый высокий уровень оптимизма имеют специалисты с высшим не медицинским образованием (средний ранг 38,67; средний ранг 38,5 [AOS]), затем по снижению: средний медицинский персонал (средний ранг 31,74 [тест Номова]; средний ранг 29,7 [AOS]) и руководители (средний ранг 29,21 [тест Номова]; средний ранг 31,9 [AOS]); младший медицинский персонал (средний ранг 27,67 [тест Номова]; средний ранг 22 [AOS]) и специалисты с высшим медицинским образованием (средний ранг 25,43 [тест Номова]; средний ранг 26,1 [AOS]).

Между уровнем оптимизма медицинских работников и их гендерной принадлежностью нет значимой связи: тип взгляда на жизнь (реализм, основанный на нормальном оптимизме) медицинских работников мужчин не превышает типа взгляда на жизнь (реализм, основанный на нормальном оптимизме) медицинских работников женщин, и, наоборот. Большею половиной из числа всех медицинских работников на момент выполнения теста, был присущ, средний (нормальный) уровень активности (54,9%).



Самый высокий уровень активности на момент выполнения методики имеют специалисты с высшим не медицинским образованием (средний ранг 79,5), затем по снижению: младший медицинский персонал (средний ранг 71,2); средний медицинский персонал (средний ранг 64,7); руководители (средний ранг 57,9); и самый низкий уровень активности, относительно других представителей медицинских работников, имеют специалисты с высшим медицинским образованием (средний ранг 56,1).

Между уровнем активности на момент выполнения методики медицинских работников и их гендерной принадлежностью нет значимой связи: уровень активности на момент выполнения методики медицинских работников мужчин не превышает уровня активности на момент выполнения методики медицинских работников женщин, и, наоборот.

В основном, всем медицинским работникам, обычно, присущ, средний уровень активности (76,5%).

Самый высокий уровень активности имеют представители младшего медицинского персонала (средний ранг 31,7), затем по понижению: средний медицинский персонал (средний ранг 31,5); специалисты с высшим не медицинским образованием (средний ранг 29,8); руководители (средний ранг 27,6), и самый низкий уровень активности имеют специалисты с высшим медицинским образованием (средний ранг 27,2).

Между уровнем активности медицинских работников и их гендерной принадлежностью нет значимой взаимосвязи: обычно, уровень активности медицинских работников мужчин не превышает уровня активности медицинских работников женщин, и, наоборот.

Чем выше стрессоустойчивость медицинских работников, тем выше были оптимизм и актуальная ситуативная активность испытуемых в момент выполнения методики.



Заключение

Как правило медицинские работники демонстрируют средний уровень активности. Не выявлено существенных различий в стрессоустойчивости, уровне стресса, оптимизме и активности между мужчинами и женщинами в этой профессии. В целом, можно заключить, что чем выше стрессоустойчивость медицинского персонала, тем выше их оптимизм и ситуативная активность. Во всех исследованиях, посвященных этим переменным, были обнаружены значимые корреляционные связи, что подтверждает достоверность полученных данных и взаимосвязь между стрессоустойчивостью, оптимизмом и активностью.

Однако в условиях неопределенности и нестабильности, вызванных пандемией, на уровень стрессоустойчивости могут существенно влиять и другие, пока не изученные личностные характеристики медицинских работников. Поэтому мы считаем, что проблема исследования степени устойчивости медицинских специалистов к стрессогенным факторам требует дальнейшего научного изучения.

Источники и литература / Sources and references:

1. Акименко Г.В., Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю. Психология неопределённости в условиях пандемии: причины, эмоции и последствия // Дневник науки. 2020. № 11 (47). С. 13.
2. Абрамова, Г.С, Юдчиц, Ю. А. Синдром «эмоционального выгорания» у медработников // Психология в медицине. М., 1998. 56 с.
3. Апчел, А. Н. Цыган, В. И. Стресс и стрессоустойчивость человека. СПб: ВИФК, 1999. 73 с.
4. Аргайл, М. Психология счастья / М. Аргайл. СПб: Питер, 2003. 140 с.
5. Касл, С. В. Эпидемиологический подход к изучению стресса в труде // Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития. Хрестоматия / Под ред. А. Б. Леоновой, О. Н. Чернышевой. М., 1995. 144 с.



6. Костюченко, Е. В., Романчук, Л.Н. Связь жизнестойкости и оптимизма у медицинских работников // Актуальные проблемы психологии развития личности. Сборник научных статей. Гродно: ГрГУ им. Я. Купалы, 2017. 42 с.
7. Нам, М. В. Формирование социальной и гражданской активности старших школьников: дис. ... канд. пед. наук / М. В. Нам. Уфа, 2006. 178 с.
8. Селигман, М. Новая позитивная психология. М.: София, 2006. 120с.
9. Селье, Г. Стресс без дистресса. Рига: Виеда, 1992. С.49.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР.

Яковлев А. С., Яковлева А. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье исследуются ключевые тенденции и инновации, которые оказывают влияние на развитие психиатрической службы в России. В центре внимания - социальные и научные изменения, включая интеграцию нейронаук, психофармакологии и психосоциальной терапии, междисциплинарное взаимодействие, а также цифровизацию. Особое внимание уделяется применению искусственного интеллекта в диагностике и персонализированной медицине. Также рассматриваются этические и правовые аспекты использования современных технологий, такие как защита персональных данных. Исследование направлено на выявление изменений в системе психиатрической помощи и разработку стратегий для её совершенствования в XXI веке.

Ключевые слова: психиатрия, искусственный интеллект; диагностика психических расстройств; этика; образование, теле - и интернет медицина, искусственный интеллект.



**CONTEMPORARY TRENDS IN THE DEVELOPMENT
OF THE MENTAL HEALTH CARE SYSTEM.
A NARRATIVE REVIEW.**

Yakovlev A. S., Yakovleva A. A.

*Department of Psychiatry and Addiction Medicine
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Abstract. This article examines key trends and innovations influencing the development of psychiatric services in Russia. It focuses on social and scientific changes, including the integration of neuroscience, psychopharmacology, and psychosocial therapy, interdisciplinary collaboration, and digitalization. Particular attention is paid to the use of artificial intelligence in diagnostics and personalized medicine. The ethical and legal aspects of using modern technologies, such as personal data protection, are also considered. The study aims to identify changes in the mental health care system and develop strategies for its improvement in the 21st century.

Keywords: psychiatry, artificial intelligence; diagnosis of mental disorders; ethics; education, tele- and internet medicine, artificial intelligence.

Психиатрия как научная дисциплина всегда отличалась разнообразием моделей и подходов к диагностике и лечению психических расстройств. Однако события начала XXI века, особенно пандемия COVID-19, существенно повлияли на работу психиатрических служб и заставили научное сообщество и общество в целом задуматься о необходимости пересмотра существующих концепций.

Особое внимание в этом контексте привлекает психиатрическая нозология, которая играет ключевую роль в систематизации и классификации психических расстройств. В первые годы XXI века наблюдается рост социальных рисков и заболеваний, связанных с экономическими и социальными изменениями в



современном обществе. Эти факторы оказывают значительное влияние на психическое здоровье населения, что требует от психиатрии разработки новых методов и стратегий.

В части диагностики психиатрия достигла таких огромных успехов, которые остальным отраслям медицины в настоящее время просто не доступны. Так, если в начале XX в., специалисты различали только 5 психиатрических заболеваний, то в начале XXI в. психиатры «открыли» для себя уже 374 психических заболеваний. Анализ, проведенный в Европе, России и США, показал, что количество психиатрических клиник за два последних десятилетия увеличилось более чем в 3 раза, а количество госпитализаций по психиатрическим показаниям – в 1,5 раза. При этом число амбулаторных посещений пациентов, имеющих психиатрические диагнозы, возросло в 5 раз [1].

Пандемия оказала негативное воздействие на психическое здоровье людей во всем мире. Подобно прошлым респираторным вирусным эпидемиям, таким как ТОРС и эпидемии гриппа, COVID-19 вызвал симптомы тревоги, депрессии и посттравматического стрессового расстройства у различных групп населения, включая медицинских работников, а также пациентов и лиц, находящихся на карантине. Неврологические нарушения возникают примерно у 36,4 % пациентов с COVID-19 [2]. И так как, коронавирус способен повреждать центральную нервную систему, психические и невротические расстройства могут переходить в хроническую стадию.

Согласно последним международным исследованиям, ситуация, связанная с COVID-19, нарушила оказание критически важной помощи при различных психических расстройствах в 93 % стран мира. Несмотря на то, что в данных условиях спрос на медицинскую помощь при расстройствах психического здоровья возрос более чем в 3,5 раза. Данные из 130 стран показывают первые разрушительные последствия влияния коронавируса COVID-19 на возможность



получения качественной помощи в области психического здоровья. Такая ситуация дает опасения того, что психические изменения и расстройства при коронавирусе могут сохраниться в долгосрочной перспективе. Одна из причин, по которой специалисты обеспокоены вероятностью долгосрочного воздействия ситуации, связанной с коронавирусом, это существующие данные по предыдущим пандемиям и национальным чрезвычайным ситуациям. В этой связи ВОЗ опубликовала рекомендации по увеличению финансирования помощи людям с проблемами психики и поиску новых форм оказания медицинской помощи [3].

В сложившихся неблагоприятных условиях было доказано, что программы мониторинга и вмешательства при стрессах, депрессии и тревоге по телефону и через Интернет являются жизнеспособными и эффективными [4, 5]. Лечение психических расстройств, основанное на измерениях, будет интенсивно развиваться и в дальнейшем, так как даже хронически больные психиатрические пациенты все чаще используют компьютерные инструменты для оценки своего клинического статуса перед визитом в клинику [6].

Специалисты-консультанты могут помочь каждому практикующему врачу, живущему в отдаленных районах, диагностировать и лечить местных пациентов. Используя телемедицину, психиатры уже помогают сельским врачам первичной медико-санитарной помощи лечить психические расстройства [7].

Интернет позволяет взаимодействию пациентов с медицинскими работниками становиться все более асинхронными. Сложное вербальное и невербальное общение может осуществляться в HD-формате в «Любое удобное для Вас время и – независимо – для Меня». Врач из удаленной местности оставляет сообщение / вопрос или отправляет (зашифрованный конфиденциально) видеоклип с пациентом, и специалист отвечает на него, когда ему это удобно.

Феноменальная скорость, с которой в XXI в. распространяются Интернет, видеоигры, смартфоны и социальные сети, иллюстрирует, насколько современные



достижения в этой области могут иметь разрушительные последствия, зачастую совершенно непредвиденные. Специалисты в области психиатрии и программирования уже сегодня работают над тем, чтобы использовать эти наработки в качестве прототипа для разработки учебных курсов по психиатрии и изменить существующие в настоящее время психиатрические представления и практики.

Геномика, протеиномика и эпигенетика. В настоящее время в условиях быстро падающих цен на определение индивидуальных геномов персонализированная медицина могла бы рекомендовать конкретные схемы назначения лекарств, что позволит клиницистам лучше прогнозировать положительный ответ на лечение и конкретные побочные эффекты лекарств. Chip Medicine может выявить психологическую уязвимость личности человека к определенным расстройствам, темпераменту, склонности к стрессовым реакциям и другим генетически чувствительным характеристикам. Помимо генетического полиморфизма, эпигенетическое профилирование сможет более точно охарактеризовать личную уникальность, возможно, конкурируя с генетикой в формировании развития, психологии и поведения [3].

Нейроиммунология. Понимание того, как цитокины и связанные с ними иммунные функции влияют на опосредованные психопатологией мозговые процессы, будет становиться все более значимым направлением исследования и дальнейшего развития, имеющего уникальное значение при лечении воспалительных и аутоиммунных нейропсихиатрических расстройствах [4, 5].

Продвинутая нейровизуализация и исследования схем мозга. В настоящее время специалисты уже могут виртуально наблюдать за поражением воображения благодаря все более совершенным технологиям визуализации, таким как 3-D и MPT [6]. Схема мозга в психопатологии является важным фактором, стоящим за новой инициативой NIMH по критериям исследовательской области (RDoC),



направленной на углубление точности диагностики за счет интеграции мозга, генетики и поведения [7].

Цели исследования включают: изучение парадигмы стресса и страха [8]; привязанность, сочувствие и интерсубъективность через зеркальные и социальные нейронные системы; и нейробиология травматического развития, например, при пограничном расстройстве личности [9].

Изучение нейробиологических коррелятов. Психологическая терапия может помочь клиницистам лучше интегрировать психологические, межличностные и биологические аспекты в лечение. Следующим шагом в этом направлении может быть подключение двух расположенных рядом устройств визуализации для наблюдения за парами, взаимодействием родителей и детей или сеансами терапии.

Продвинутый искусственный интеллект (ИИ) на основе суперкомпьютеров. Служба национальной безопасности США уже добилась прогресса в технологиях, способных разделить эмоционально сложные когнитивные и эмоциональные состояния на основе анализа голоса и языка тела в реальном времени [10]. Сложные адаптивные системы, использующие принятие решений экспертными системами на основе нечеткой логики и использующие генетические алгоритмы, которые создают свои собственные нейронные сети, уже демонстрируют новые свойства, такие как: способность генерировать творческие идеи. По мере того, как алгоритмы ИИ становятся все более искусными в различении правдивости от обмана, смешанных эмоциональных состояний и других важных характеристик, общество может ожидать, что персонализированные терапевтические системы ИИ будут точно настроены на индивидуальные профили пациентов.

В XXI в. постоянно совершенствующиеся технологии виртуальной реальности трансформируются в игровые симуляторы, например такие как «Sims». Группа исследователей из Стэнфордского университета и Google Research создала игру, в которой виртуальными миром управляет не человек, а ChatGPT. О том, как протекал



этот эксперимент и к каким выводам он привел, рассказываем в тексте. Некоторые из них оказались адептами психотерапии. Например, психотерапия, основанная на играх в виртуальной реальности. Это позволяет специалистам работать с личностными когнитивным и эмоциональным искажениями пациентов. Или корректировать их дисфункциональную модель межличностного общения [11, 12].

«Обратное проектирование» мозга может привести к «нейроморфизму», что в конечном итоге приведет к нейропротезированию и даже протезированию разума. Робототехника в настоящее время развивается в направлении предоставления индивидуально запрограммированной психологической поддержки, которая будет обеспечиваться «роботом-спасателем» по аналогии с домашним животным-спасателем. Объединение Roomba, современных японских технологий и робототехники Массачусетского технологического института с персональным психологом SmartPhone вероятно уже не за горами. И тогда клиницисты-психиатры смогут использовать на практике генерирующих контрперенос компьютерных роботов.

Будущие возможности психотерапии. Как упоминалось выше, достижения в области виртуальной реальности и компьютерных «игр» могут помочь пациентам улучшить свои навыки решения психологических проблем и справиться со стрессом и депрессией. Возможно, психотерапия может быть назначена в соответствии с индивидуальными характеристиками нервной системы и обработки информации, возможно, на основе вариантов полиморфизма пациента (и терапевта). Это не слишком надуманно, поскольку было доказано, что генетически опосредованные факторы личности, такие как «межличностная чувствительность» и «эмпатическая способность», предсказывают лучшие результаты психотерапии, независимо от конкретного психиатрического диагноза.

Новые технологические и научные достижения, вероятно, вызовут потребность в новых психиатрических специальностях. Например, клинические



«компьютерные специалисты», которые в перспективе будут занимаются всеми видами компьютерной практики, от управления заболеваниями через Интернет до электронных медицинских записей в истории болезни. Психиатры, обученные проектированию игр в виртуальной реальности, могут определять сценарии для оценки и лечения широкого спектра психических расстройств, как уже было продемонстрировано на примере фобий, посттравматического стрессового расстройства и синдрома Аспергера. В разработке находятся методы лечения «необычных личностей» [13].

Новые технологии визуализации потребуют от экспертов администрирования и интерпретации, а также применения все более локализованных вмешательств, включающих глубокую стимуляцию мозга или операцию гамма-ножа, например, при устойчивом к лечению обсессивно-компульсивном расстройстве.

Вместе с тем в обозримом будущем от специалистов в области общей психиатрии по-прежнему будет требоваться овладение всеми классическими клиническими навыками, профессионализм, хорошие коммуникативные умения и сформированные системные компетенции. Поэтому одной из основных задач учебной программы по психиатрии в ординатуре должна быть задача научить будущего специалиста думать о диагнозе.

Современный ускоряющийся мир может спровоцировать расстройства, связанные с новыми технологиями, например, такими как интернет-зависимость, быстрое и преждевременное устаревание профессии, множественные ролевые деформации и синдромы перегрузки внимания взрослых; психологические деформации, связанные с вирусными инфекциями и др. [14,15]. И это будет требовать адекватного и своевременного ответа специалистов.

В последние десятилетия психиатрическая диагностика и терапия претерпели значительные трансформации, обусловленные интеграцией передовых научных достижений и клинических инноваций. Несмотря на достигнутые успехи,



необходимость дальнейшего совершенствования диагностических и терапевтических методик остается актуальной. В этом контексте, перспективные направления развития включают постепенную эволюцию существующих подходов и итеративную интеграцию новых технологий, что позволит существенно повысить эффективность психиатрической помощи.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Montague PR, Dolan RJ, Friston KJ, Dayan P. Computational psychiatry. Trends Cogn Sci. 2012;16(1):72–80. doi: 10.1016/j.tics.2011.11.018.
2. Wang XJ, Krystal JH. Computational psychiatry. Neuron. 2014;84(3):638–54. doi: 10.1016/j.neuron.2014.10.018.
3. Friston KJ, Stephan KE, Montague R, Dolan RJ. Computational psychiatry: the brain as a phantastic organ. Lancet Psychiatry. 2014;1(2):148–58. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70275-5.
4. Huys QJ, Moutoussis M, Williams J. Are computational models of any use to psychiatry? Neural Netw. 2011;24(6):544–51. doi: 10.1016/j.neunet.2011.03.001.
5. Sutton RS, Barto AG. Reinforcement learning: an introduction. Cambridge, MA: MIT Press; 1998.
6. Clark A. Whatever next? Predictive brains, situated agents, and the future of cognitive science. Behav Brain Sci. 2013;36(3):181–204. doi: 10.1017/S0140525X12000477.
7. Bassett DS, Zurn P, Gold JI. On the nature and use of models in network neuroscience. Nat Rev Neurosci. 2018;19(9):566–78. doi: 10.1038/s41583-018-0038-8.
8. Breakspear M. Dynamic models of large-scale brain activity. Nat Neurosci. 2017;20(3):340–52. doi: 10.1038/nn.4497.
9. Fornito A, Zalesky A, Breakspear M. The connectomics of brain disorders. Nat Rev Neurosci. 2015;16(3):159–72. doi: 10.1038/nrn3901.



10. van den Heuvel MP, Sporns O. A cross-disorder connectome landscape of brain dysconnectivity. *Nat Rev Neurosci.* 2019;20(7):435–46. doi: 10.1038/s41583-019-0177-6.
11. Maia TV, Frank MJ. From reinforcement learning models to psychiatric and neurological disorders. *Nat Neurosci.* 2011;14(2):154–62. doi: 10.1038/nm.2723.
12. Stephan KE, Mathys C. Computational approaches to psychiatry. *Curr Opin Neurobiol.* 2014;25:85–92. doi: 10.1016/j.conb.2013.12.007.
13. Kessler RC. The costs of depression. *Psychiatr Clin North Am.* 2012;35(1):1–14. doi: 10.1016/j.psc.2011.11.005.
14. Woo CW, Chang LJ, Lindquist MA, Wager TD. Building better biomarkers: brain models in translational neuroimaging. *Nat Neurosci.* 2017;20(3):365–77. doi: 10.1038/nm.4478.
15. Paulus MP. Pragmatism instead of mechanism: a call for impactful biological psychiatry. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(7):631–2. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0497.

РОЛЬ АЛЕКСИТИМИИ КАК МЕДИАТОРА МЕЖДУ ДЕТСКОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ И РАЗВИТИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ВЗРОСЛЫХ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Яцына Д. С., Батышова Д. В., Фурин К. Д.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

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

Аннотация. Высокая распространенность функциональных соматических синдромов, таких как синдром раздраженного кишечника и фибромиалгия, в популяции лиц, переживших детскую психологическую травму, указывает на наличие опосредующих психологических механизмов, требующих уточнения. Одним из ключевых кандидатов на роль такого механизма выступает алекситимия — трудность в идентификации и вербализации собственных эмоций.



Ключевые слова: алекситимия, детская психологическая травма, медиация, соматизация, эмоциональная регуляция, синдром раздраженного кишечника, фибромиалгия, психология здоровья.

THE ROLE OF ALEXITHYMIA AS A MEDIATOR BETWEEN CHILDHOOD PSYCHOLOGICAL TRAUMA AND THE DEVELOPMENT OF FUNCTIONAL SOMATIC SYNDROMES IN ADULTS.

A LITERATURE REVIEW

Yatsyna D. S., Batyashova D.V., Furin K. D.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor –G.V. Akimenko

Abstract. The high prevalence of functional somatic syndromes, such as irritable bowel syndrome and fibromyalgia, in the population of individuals who have experienced childhood trauma, suggests the presence of mediating psychological mechanisms that require further investigation. One key candidate for this mechanism is alexithymia, which refers to the difficulty in identifying and expressing one's emotions.

Keywords: alexithymia, childhood psychological trauma, mediation, somatization, emotional regulation, irritable bowel syndrome, fibromyalgia, health psychology.

Введение

Распространенность функциональных соматических синдромов, таких как синдром раздраженного кишечника, фибромиалгия и хроническая усталость, представляет собой значимую проблему для системы здравоохранения. Характеризуются полиморфной соматической симптоматикой при отсутствии четких органических нарушений, функциональные соматические синдромы



существенно снижают качество жизни пациентов [2, С.45]. Современные исследования демонстрируют прямую связь между неблагоприятным опытом детства и развитием данных расстройств в зрелом возрасте [11, С.44]. Однако патогенетические механизмы, преобразующие психоэмоциональное страдание в стойкие физические симптомы, остаются предметом научной дискуссии.

В этом контексте алекситимия – психологический конструкт, обозначающий трудности в идентификации, описании и различении чувств, а также в дифференциации эмоций и телесных ощущений [5, С.28], – рассматривается как ключевой кандидат на роль медиатора. Теоретический анализ позволяет выдвинуть гипотезу, согласно которой детская психологическая травма, нарушая нормативное развитие аффективной сферы и привязанности, способствует формированию алекситимии как дезадаптивного защитного механизма [9, С.90]. Невозможность когнитивной переработки и вербализации интенсивного аффекта приводит к его «застреванию» на телесном уровне и соматизации, что создает почву для развития функционального соматического синдрома [7, С.112].

Цель– проанализировать существующие научные данные, подтверждающие или опровергающие гипотезу о медиаторной роли алекситимии в цепи «детская психологическая травма функциональные соматические синдромы».

Объекты и методы исследования

Данная работа является аналитическим обзором современных научных публикаций, посвященных изучению взаимосвязей между детской психологической травмой, алекситимией и функциональными соматическими синдромами. В качестве объектов анализа выступили рецензируемые статьи в отечественных и зарубежных журналах, систематические обзоры и мета-анализы, опубликованные за последние 15 лет.

Методологической основой исследования выступил теоретический анализ и синтез научной литературы. Поиск источников проводился в электронных базах



данных Google Scholar, PubMed, CyberLeninka, eLibrary. Критерием включения была релевантность теме исследования, наличие эмпирической проверки предполагаемых взаимосвязей.

Результаты и их обсуждение

Проведенный синтез данных современных научных изысканий позволяет утверждать, что выдвинутая гипотеза о взаимосвязи изучаемых конструктов находит robustное подтверждение в работах отечественных и зарубежных авторов. Эмпирические данные, накопленные в различных клинических и популяционных выборках, демонстрируют устойчивую статистическую ассоциацию. Мета-аналитические обзоры и кросс-культурные исследования consistently указывают на тот факт, что в анамнезе пациентов с диагнозами функциональных соматических синдромов (таких как фибромиалгия или синдром раздраженного кишечника) значительно чаще, по сравнению с контрольными группами, фиксируются эпизоды эмоционального и физического насилия, а также глубокого пренебрежения базовыми потребностями в детском возрасте [1, С.18; 11, С.45]. При этом у данной категории больных с высокой регулярностью диагностируется повышенный уровень алекситимии, что проявляется в характерных затруднениях при попытке описать свои переживания и дифференцировать эмоции от телесных ощущений [5, С.31; 10, С.26].

Ключевым аргументом, переводящим гипотезу о простой корреляции в плоскость доказанного причинно-следственного механизма, являются результаты лонгитюдных и статистических исследований, использующих сложные методы анализа, в частности, модели структурных уравнений и регрессионный анализ с проверкой медиационных эффектов. Ряд релевантных работ эмпирически доказывает, что прямая связь между интенсивностью детской травмы и выраженностью соматизации у взрослых в значительной степени нивелируется при введении в статистическую модель переменной алекситимии [8, С.74; 12, С.158]. Это



служит веским основанием полагать, что психотравмирующий опыт не является прямым триггером соматических симптомов, а реализует свое деструктивное влияние опосредованно. Он запускает каскад изменений, ведущих к формированию алекситимии как стабильной личностной черты, которая, в свою очередь, и становится непосредственным психологическим фактором риска, предопределяющим манифестацию и хронизацию функциональных расстройств.

Обсуждение выявленных закономерностей было бы неполным без рассмотрения их нейробиологического субстрата. Современные данные нейровизуализации свидетельствуют о том, что хронический стресс, индуцированный детской травмой, способен вызывать стойкие структурно-функциональные перестройки в ключевых областях головного мозга, ассоциированных с эмоциональным интеллектом и аффективной регуляцией. Речь идет о снижении активности и объема серого вещества в префронтальной коре, дисфункции островковой доли, отвечающей за interoцепцию, и гиперреактивности миндалевидного тела [3, С.61].

Совокупность этих изменений создает нейрофизиологический фундамент для феномена алекситимии: сигналы о внутреннем эмоциональном состоянии перестают адекватно осознаваться и вербализоваться, воспринимаясь вместо этого как тревожное, недифференцированное телесное возбуждение. Поскольку психика блокирует прямой доступ к непереносимому аффекту, это возбуждение ищет и находит альтернативные пути разрядки. Таким путем становится дисрегуляция вегетативной нервной системы (по типу «вегетативного шторма») и активация системной провоспалительной реакции, что в конечном итоге формирует самоподдерживающийся патологический «порочный круг», клиническим выражением которого и выступает полиморфная симптоматика функционального соматического синдрома [4, С.48; 6, С.95].



Таким образом, алекситимия предстает в данном контексте не просто пассивным коррелятом или сопутствующей характеристикой, а активным патофизиологическим механизмом, выполняющим функцию трансформатора. Она является тем самым психологическим «органом», который переводит непереносимый аффект, уходящий корнями в детскую травму, на язык хронического соматического страдания, замыкая патогенетическую цепь и определяя клиническую картину заболевания.

Заключение

Проведенный теоретический анализ позволяет с уверенностью констатировать наличие не случайной, а патогенетически обоснованной триады взаимосвязей. Детская психологическая травма, формируя дезадаптивные схемы эмоционального реагирования, создает плодотворную почву для развития алекситимии. Эта личностная особенность, в свою очередь, выступает в роли мощного предиктора и катализатора функциональных соматических синдромов. Неспособность психики переработать интенсивный аффект, рожденный травмой, приводит к его «конверсии» – соматизации, когда именно тело становится единственным доступным «языком» для выражения непереносимой душевной боли. Таким образом, выявленная взаимосвязь носит не просто корреляционный, а каузальный, причинно-следственный характер.

Синтез данных современных эмпирических исследований, применяющих сложные статистические модели (структурное моделирование, регрессионный анализ с проверкой медиационных эффектов), позволяет сделать принципиально важный вывод: алекситимия является не просто связующим звеном, а ключевым психологическим механизмом соматизации. Ее медиаторная роль заключается в том, что она трансформирует «сырой» эмоциональный дистресс, уходящий корнями в детский травматический опыт, в хроническое телесное страдание. Статистически это подтверждается значительным снижением или полным исчезновением прямого



влияния травмы на соматическую симптоматику после введения в модель переменной алекситимии. Это означает, что именно дефицит эмоционального интеллекта и неспособность к ментализации служат тем самым «переключателем», который перенаправляет психологическую проблему в соматическую плоскость.

Полученные данные кардинальным образом меняют подход к терапии пациентов с функциональным соматическим синдромом, смещая фокус с исключительно симптоматического лечения на глубинную психотерапевтическую работу. Они подчеркивают острую необходимость обязательного включения в комплексные реабилитационные программы двух направлений. Во-первых, это целенаправленная диагностика и коррекция алекситимии с помощью методов, развивающих навыки эмоционального самоосознавания, вербализации чувств и различения эмоций и телесных ощущений (например, техники, заимствованные из диалектико-поведенческой терапии, терапии, сфокусированной на сострадании, и методы соматического переживания). Во-вторых, это бережная проработка последствий детской психологической травмы, направленная на переструктурирование дезадаптивных когнитивных схем и формирование более здоровых моделей привязанности.

Перспективы дальнейших научных изысканий видятся в двух основных направлениях. Первое – это углубленное изучение нейробиологических коррелятов предложенной медиаторной модели. Необходимо исследовать, как именно детская травма и алекситимия влияют на функциональную активность и структурные особенности мозга (например, островковой доли, передней цингулярной коры, префронтальной коры), а также на работу психонейроиммунной системы, чтобы создать целостную биопсихосоциальную модель формирования функционального соматического синдрома. Второе направление – разработка и валидизация специализированных психотерапевтических интервенций, точно нацеленных на разрыв каждого звена в патогенетической цепи «травма –



алекситимия – соматический симптом». Эффективность таких программ должна быть доказана в рамках рандомизированных контролируемых исследований, что позволит перевести теоретические построения в область доказательной медицинской практики.

Источники и литература / Sources and references:

1. Гаранян Н.Г. Психология телесности: методологические принципы и проблемное поле / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24, № 2. – С. 13-32.
2. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2019. – 480 с.
3. Николаева В.В. Влияние хронического стресса на мозг: от аллостаза до аллостатической нагрузки / В.В. Николаева // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2018. – № 3. – С. 56-70.
4. Разумова А.В. Психонейроиммунные взаимодействия при функциональных соматических расстройствах / А.В. Разумова // Неврологический вестник. – 2020. – Т. LII, № 2. – С. 45-51.
5. Тарабрина Н.В. Алекситимия как предиктор психосоматической патологии / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная // Психологический журнал. – 2017. – Т. 38, № 4. – С. 26-35.
6. Кармалитова Т.В., Анфиногенова О.Б., Салманова Ф.Э., Шмакова О.В., Коробка Т.А., Просветова О.М. Аспекты здоровья детей раннего возраста // В книге: Актуальные проблемы педиатрии. Сборник материалов XII Конгресса педиатров России. 2008. С. 143.
7. Четвериков С.Д. Психологические механизмы соматизации: современное состояние проблемы / С.Д. Четвериков // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28, № 1. – С. 110-117.
8. Bassi M. Alexithymia and somatization in chronic pain patients: A sequential



mediation model / M. Bassi, G. Falautano, M. Cilia et al. // Journal of Psychosomatic Research. – 2020. – Vol. 139. – P. 110265.

9. Kooiman C.G. Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation / C.G. Kooiman, S. van Rees Vellinga // Psychiatry Research. – 2019. – Vol. 272. – P. 87-94.

10. Taylor G.J. The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality / G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker // New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry. – 1999. – Vol. 15. – P. 26-40.

11. Felitti V.J. The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead / V.J. Felitti, R.F. Anda // The Permanente Journal. – 2002. – Vol. 6, No. 1. – P. 44-47.

12. Waller E. The relationship between childhood trauma, alexithymia and somatization / E. Waller, P. Scheidt // Psychotherapy and Psychosomatics. – 2004. – Vol. 73, No. 3. – P. 155-162.

FEATURES OF AFFECTIVE FUNCTIONING IN PATIENTS WITH AUTISM SYNDROME

Kosimova K. M.

Department of Therapeutic directions

Kimyo International University in Tashkent

Uzbekistan, Tashkent city

Scientific supervisor associate professor T.B. Irmukhamedov

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ АУТИЗМА

Косимова К.М.

Кафедра терапевтических направлений

Международный университет имени Кимё в Ташкенте

Узбекистан, г. Ташкент

Научный руководитель: доцент Т.Б. Ирмухамедов



Introduction. A delay in the development of motor activity, in turn, can cause a delay in the mental development of the child, since these two important areas of activity represent the most important basis in understanding the surrounding picture of the world. It is known that the leading criteria for assessing a child's health are the state of mental and motor functioning.

The aim of the study is to study the clinical aspects of psychomotor disorders in children with ASD.

Material and methods of research. The study examined 26 children with ASD aged 6 to 15 years. The comparison group included 26 practically healthy children. Clinical-psychopathological, clinical - catamnestic, neurological, clinical-pathopsychological research methods were used in the study.

Results and discussion. A lag in speech formation for a year or more at the early age stages was observed in 76.7% of cases. Difficulties in the process of building role-playing games were demonstrated by 82.7% of children. Hereditary burden of mental disorders in families with children with ASD was 23.6%. The results of the study showed significantly significant correlations of disorders of psychomotor domains with other mental domains, such as the «attention» domain ($r=0.24, p<0.01$), the «emotion» domain ($r=0.32, p<0.01$). Violation of the domain «interpersonal communication» ($r=0.21, p<0.01$). Violation of the domain «control of one's own behavior» ($r=0.27, p<0.01$). The domains «aggression» and «auto aggression» accounted for 34.6% and 29.3%, respectively.

Conclusions. Thus, we can conclude about the spectrum of psychomotor disorders of varying severity that occur in children with ASD and have close relationships with such important mental functions as emotions, attention, motivation and others. Disorders of psychomotor functions should be taken into account when developing a complex of rehabilitation measures for children with ASD.



Источники и литература / Sources and references:

1. Ирмухамедов, Т. Б. «Особенности эмоциональной сферы у детей с аутистическими расстройствами». Российский педиатрический журнал 22.5 (2019): 284-285.
2. Abdullaeva, Vasila K., et al. «Premorbid features of patients with paranoid schizophrenia with concomitant cerebral hemodynamic disorders.. European Journal of Molecular & Clinical Medicine 7.2 (2020): 2320-2327.
3. Рогов А. В., Абдуллаева В. К. Особенности проблемно-решающего поведения у больных параноидной шизофренией с сопутствующими вирусными гепатитами //Новый день в медицине. – 2019. – №. 2. – С. 47-49.
4. Ирмухамедов Т., Абдуллаева В., Маджидова Ё. Клинико-динамические особенности социального и когнитивного функционирования больных параноидной шизофренией с неврологическими нарушениями //Неврология. – 2021. – Т. 1. – №. 3. – С. 57-57.
5. Irmuhamedov T. B. et al. Clinical and psychopatological characteristics of vascular diseases of brain in patients with paranoid schizophrenia //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 13080-13085.
6. Irmuhamedov T. B., Abdullaeva V. K. Paranoid schizophrenia and predictors of formation of the pathological hobbies //Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry <http://doi.org/10.5281/zenodo>. – Т. 3592351.
7. Irmuhamedov, Temur B., et al. «CLINICAL AND PSYCHOPATOLOGICAL CHARACTERISTICS OF VASCULAR DISEASES OF BRAIN IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA.» Annals of the Romanian Society for Cell Biology (2021): 13080-13085.



8. Irmuhamedov, Temur B., et al. «CLINICAL AND PSYCHOPATOLOGICAL CHARACTERISTICS OF VASCULAR DISEASES OF BRAIN IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA». Annals of the Romanian Society for Cell Biology (2021): 13080-13085.

9. Ирмухамедов Т. Б. и др. особенности аффективных нарушений у детей с аутистическими нарушениями //Новый день в медицине. – 2019. – №. 2. – С. 160-163.

10. Кармалитова Т.В., Анфиногенова О.Б., Салманова Ф.Э., Шмакова О.В., Коробка Т.А., Просветова О.М. Аспекты здоровья детей раннего возраста // В книге: Актуальные проблемы педиатрии. Сборник материалов XII Конгресса педиатров России. 2008.



СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Абдоллаева Асем Бериковна, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Абдукодирова Азиза Мухиддиновна, магистрант кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии, соискатель степени PhD, Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Республика Узбекистан, г.Ташкент

Алимова Рухсорахон Фарруховна, студент, Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Республика Узбекистан, г.Ташкент

Аубакирова Маржан Кайратовна, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Айгожин Руслан Булатович, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Алдажар Акбота Канаткызы, врач-резидент психиатр 2 года обучения, кафедра психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Алешко Юлия Александровна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Алмагамбетова Алия Абдуллаевна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Акжол Нурайым Нурдаулеткызы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Алпыс Рамазан Нуржанулы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Алтынгалиева Меруерт Курметкызы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Амантаева Динара Амантаевна, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Ануарбек Акинет Ардаккызы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей



Ануархан Акерке Мауленкызы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Асабаев Нурасыл Нурболулы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Аскарлова Роза Исмаиловна, старший преподаватель, кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии, Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал, Республика Узбекистан, г. Ургенч

Ауэр Дарья Рудольфовна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Бабаджанян Алина Ованесовна, студент, Негосударственное Аккредитованное Некоммерческое Частное Образовательное Учреждение Высшего Образования «Академия маркетинга и социально – информационных технологий – ИМСИТ», Россия, г. Краснодар

Бактыгалиева Нурсауле Танмаганбеткызы, студент, кафедра психологии Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Республика Казахстан, г. Актобе

Бальдяева Камилла Асхатовна, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Байзакова Дильназ Армановна, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей,

Бакун Николай Николаевич, аспирант, Государственное учреждение образования «Академия последиplomного образования», Республика Беларусь, г. Минск

Батырова Айжан Наймангазыевна, резидент 1 года обучения, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Бауыржанова Кундыз Бауыржанкызы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Белашапкина Евгения Вячеславовна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Белоусова Елизавета Александровна, 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

Бияхметова Айгерим Ергаликызы, врач-психиатр, Коммунальное Государственное предприятие на Праве хозяйственного Ведения «Областной Центр Психического здоровья» Управления Здравоохранения Области Абай, Республика Казахстан, г. Семей

Бойко Елена Олеговна, д. м.н. профессор, заведующий кафедрой психиатрии №1 ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Краснодар

Бактыгалиева Нурсауле Танмаганбеткызы,

Болатбекова Айгерим Данияркызы, врач-резидент психиатр 2 года обучения, кафедра психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Болатбаева Нурай Айбеккызы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Быков Дмитрий Евгеньевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Бубон Дарья Дмитриевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Буданова Альбина Андреевна, ассистент кафедры психиатрии №1, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Краснодар

Бучина Екатерина Андреевна, 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

Васенина Дарья Максимовна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Василенко Маргарита Анатольевна, ассистент кафедры психиатрии и психосоматики, ГОБУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Васильева Анастасия Алимовна, студент, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им И.Н. Ульянова», г. Чебоксары

Веретенев Данил Борисович, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Видрич Анастасия Алексеевна, студент, УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина», Республика Беларусь, г. Брест

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

Воробьева Ксения Константиновна, студент, ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р имени Г.А.Альбрехта Минтруда России, Россия, г. Санкт-Петербург

Воронина Анастасия Александровна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Вяслева Арина Камиловна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Гапуова Аружан Галымовна, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Гаффарова Мадиха Ихтияр кизи, преподаватель Международного нордик университета, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Гилязова Софья Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Гладюк Анастасия Константиновна, студент «Гомельского государственного медицинского университета», Республика Беларусь, г. Гомель.

Глазунова Арина Сергеевна, 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

Гончарова Оксана Владимировна, доцент кафедры математики и естественно-научных дисциплин, ФГБОУ ВО «Армавирский государственный педагогический университет», Россия, г. Армавир

Головач Полина Сергеевна, Учреждение образования «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина», БрГУ имени А.С. Пушкина

Голунов Захар Юрьевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Григорьева Нина Иннокентьевна, клинический ординатор, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Новосибирск

Грицук Марина Александровна, студент, УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина», Республика Беларусь, г. Брест

Гутова Софья Алексеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Гюлюмов Сахиль Сирадж оглы, студент, ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», Россия, г. Саратов

Давлатбоев Мухаммад Тождидинович студент, Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Давыдов Андрей Максимович, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Дадахуджаев Зафар Алишер угли, студент, Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент



Данилова Наталья Степановна, старший преподаватель, кафедра социальной и семейной психологии Белорусского государственного педагогического университета имени М. Танка, Институт психологии, Республика Беларусь, г. Минск

Даниярова Улпан Ермеккызы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Деревянко Екатерина Яковлевна, специалист по социальной работе,
Государственное учреждение «Территориальный центр социального
обслуживания населения Партизанского района г. Минска», Республика
Беларусь, г. Минск

Джумакова Алма Быгиновна, врач-психиатр медицинской призывной комиссии, Коммунальное Государственное предприятие на Праве хозяйственного Ведения «Поликлиника №1 г. Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Долгих Екатерина Алексеевна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Дударь Александр Александрович, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Дынгазиева Каракат Саяхаткызы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Енсебаева Индира Зейнуллиевна, врач-психиатр, Госпиталь с поликлиникой
ДП области Абай, Республика Казахстан, г.Семей

Ерен Мухаммед Еренулы, студент, НАО «Медицинский университет Семей»,
Республика Казахстан, г. Семей

Еркінова Жансая Еркінқызы, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г.Семей

Ермакова Александра Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Иванов Василий Валерьевич, студент, «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

Жабарова Люция Алиевна, доктор философии (PhD) по психологическим наукам, и.о. доцент кафедры Психология Национального университета Узбекистана имени М.Улугбека, Республика Узбекистан, г. Ташкент



Жеребцов Артур Иванович, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Жумагалиева Нурай Алимгазыкызы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Заздравных Анастасия Витальевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Захарова Кристина Сергеевна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Зекенов Айкын Айдынулы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Зекенова Зере Сериккызы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Зотова Елизавета Николаевна, методист, руководитель центра инклюзивного образования, ГОО «Кузбасский РЦППМС», ФГБОУ ВО Кемеровский государственный университет, Россия, Кемерово

Иконников Семен Павлович, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кадилова Алима Досболкызы, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Кадыралиев Мухаммед Мирбекович, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Казаручик Галина Николаевна, Учреждение образования «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина», БрГУ имени А.С. Пушкина

Кажымуканов Жан Бейбитович, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Калиева Меруерт Аппаскызы, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей



Калибекова Данагул Габдыгалымкызы, врач-резидент психиатр 2 года обучения, кафедра психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Калкаман Динмухамед Ардакулы, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Каримов Расулбек Хасанович, кандидат медицинских наук, доцент, Ургенчский государственный медицинский институт. Узбекистан, г. Ургенч

Касымханов Тлек Алтайулы, психолог, магистр психологических наук, Военный Госпиталь в/ч № 18230 Области Абай, Республика Казахстан, г. Семей

Касимова Айслу Толеубаевна, психолог, КГП на ПХВ Поликлиника № 1, Республика Казахстан, г. Семей

Калишева Аружан Ергалиевна, резидент 1 года обучения, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Кильдюшов Илья Алексеевич, студент, ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», Россия, г. Саратов

Киреев Дмитрий Олегович, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кириченко Екатерина Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Армавирский государственный педагогический университет», Россия, г. Армавир

Клюева Ольга Павловна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Ковалева Диана Валерьевна, студент, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Ростов-на-Дону

Комарчук Анастасия Сергеевна, Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

Кондюков Константин Константинович, студент, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Ростов-на-Дону

Кормина Кристина Сергеевна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Коробов Тимур Андреевич, студент, Саратовская государственная юридическая академия, Россия, г. Саратов

Картовенко Константин Сергеевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кравченко Анастасия Сергеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Крапивникова Марина Евгеньевна студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кривonos Валерия Сергеевна, Негосударственное Аккредитованное Некоммерческое Частное Образовательное Учреждение Высшего Образования «Академия маркетинга и социально – информационных технологий – ИМСИТ», Россия, г. Краснодар

Крыксина Алина Евгеньевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Касымова Айслу Толеубаевна, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Кувшинов Дмитрий Юрьевич, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой нормальной физиологии, 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

Курмаш Нурай Оразалиевна, студент, Южно-Казахстанский университет им. М.Ауезова, Республика Казахстан, г.Шымкент

Куянова Анастасия Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Ласкар Минхаз Хусаин, студент, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Архангельск



Лобанова Евгения Игоревна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Лебедев Даниил Андреевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Лобанова Евгения Игоревна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Лукашов Василий Витальевич, оператор научной роты, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Россия, г. Санкт-Петербург

Лукоянова Полина Вадимовна, студент, ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова, Россия, г. Москва

Мусаева Мадина Хизыровна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Мальцева Светлана Ивановна, студент, Автономная некоммерческая организация высшего образования «Сибирский институт бизнеса, управления и психологии», Россия, г. Красноярск

Мазумдер Вакиб Амин, студент, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Архангельск

Манахова Юлия Ивановна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Манюшина Виктория Михайловна, студент, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Россия, г. Санкт-Петербург

Марат Айша Мураткызы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Мартыненко Мария Алексеевна, студент ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Барнаул

Машарилов Атавай Алимович, кандидат медицинских наук, доцент, Курс переподготовки и повышения квалификации, Ургенчский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ургенч



Михайлова Валерия Александровна, 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

Мусаева Мадина Хизыровна, ординатор ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Мусабеков Куаныш Аскарлович, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Мухамеджанова Ильзира Равильевна, студент, Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Наумова Валерия Вячеславовна, студент, Новосибирский Государственный Медицинский Университет (Факультет социальной работы и клинической психологии), Россия, г. Новосибирск

Носирова Зебуниссо Хуршед кизи, студент, Филиал Московского Государственного Университета имени М.В. Ломоносова, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Оспанов Ернур Нурланулы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Оралханова Алина Азаматовна, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Павлова Дарья Юрьевна, студент, Автономная некоммерческая организация высшего образования «Сибирский институт бизнеса, управления и психологии», Россия, г. Красноярск

Пазенко Дмитрий Андреевич, студент, ФГАОУ ВО «РНИМУ имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Россия, г. Москва

Палагичева Юлия Андреевна, студент ЧОУ ВО ЮУ «Институт Управления, Бизнеса и Права», Россия, г. Ростов-на-Дону Россия

Парфенчук Диана Денисовна, студент, ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», Минздрава России, Россия, г. Красноярск

Петров Евгений Дмитриевич, студент, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Россия, г. Москва



Петрова Мария Сергеевна, студент, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им И.Н. Ульянова», г. Чебоксары

Петрашук Максим Денисович, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

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

Полтаева Анастасия Сергеевна, ординатор ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Пономаренко Юлия Алексеевна, студент, Национальный Университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека, Республика Узбекистан, г.Ташкент

Потапова Мария Николаевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

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

Прокопенко Елизавета Вячеславовна, студент, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Новосибирск

Прокошкина Дарья Сергеевна, студент, ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», Россия, г. Саратов

Пугачева Арина Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Рахимов Анвар Кодирбергганович, студент, Ургенчский государственный медицинский институт, Республика Казахстан, г. Ургенч



Рахматова Севара Абдуллоевна, Республика Узбекистан, Навоийский государственный педагогический университет, учитель, психолог-исследователь

Рафикова Зебинисо Мухтор кизи, ординатор, Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Рохмистрова Надежда Сергеевна, младший научный сотрудник, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Руднев Павел Сергеевич, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Рустимова Карлыгаш Саятбековна, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Рыжих Дарья Андреевна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Рылина Арина Игоревна, студент, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Новосибирск

Рытков Егор Андреевич, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Руднев Павел Сергеевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Сабырбай Жанерке Айдоскызы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Сагындык Арман Сайранулы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

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



Самойлов Роман Николаевич, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Сафарбаев Бобурбек Бахтиёрович, психолог, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, г. Ургенч

Сафоненко Глеб Егорович, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Семенов Владимир Александрович, д.м.н., профессор, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Семенова Анна Константиновна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Смердина Анастасия Дмитриевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Сеилкан Жаннур Ерланкызы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Селедцов Александр Михайлович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Серикова Арайлым Сериковна, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Скрипникова Клеопатра Михайловна, резидент 1 -го года, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Соболева Ольга Михайловна, к.б.н., доцент, кафедра микробиологии и вирусологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Советканова Инкар Курметкызы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей



Сопова Анастасия Евгеньевна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Степанова Варвара Витальевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Суворова Дарья Александровна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Султанова Камола Ибрагимовна, магистр Университета Пучон, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Танаева Анжела Қайратқызы, студент, Западно - Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Республика Казахстан, г. Актобе

Теряник Евгения Анатольевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Толкач Анна Сергеевна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Томилин Валентин Юрьевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Тютенова Айым Едилкызы, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Туйчиев Шерзад Таирович, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии, психотерапии, Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Турисбаев Таирлан Тахирович, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Умиджон кызы Мубинабану, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Устьянцева Дарья Алексеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Файзуллаева Камилла Радиковна, магистр кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, PhD, Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Филиппова Людмила Михайловна, ординатор, 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

фон Краббе София Евгеньевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Фролкова Устинья Дмитриевна, студент ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Ходзенена Ева Ярославна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Харинский Артём Дмитриевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Хорошилова Дарья Владиславовна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Чернова Вероника Игоревна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Черубаева Ания Мерекекызы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Чернышев Михаил Геннадьевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Чинякин Михаил Андреевич, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Чинякина Дарья Тарасовна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Чистякова Галина Викторовна, кандидат филологических наук, доцент заведующий кафедрой латинского языка и медицинской терминологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Чачибая Инга Манучаровна, студент, НАН ЧОУ ВО «Академия маркетинга и социально-информационных технологий – ИМСИТ», Россия. г. Краснода

Шабанова Лейла Омар, студент, Национальный Университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека, Республика Узбекистан, г.Ташкент

Шарафиева Карина Евгеньевна – 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

Швецов Александр Андреевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Ширинская Анастасия Дмитриевна, преподаватель, Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение «школа № 88 городского округа Донецк» Донецкой Народной Республики, Россия, г. Донецк

Шишкина Алена Николаевна, ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», г. Кемерово

Шмаков Егор Ильич, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Шамиль Танатар Айдарулы, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей



Шестакова Алёна Сергеевна, 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

Эльберт Александр Павлович, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Эпова Надежда Павловна, кандидат психологических наук доцент, доцент кафедры педагогики ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства Российской Федерации, Россия, г. Ростов-на-Дону, доцент кафедры организационной и прикладной психологии ФГБОУ ВО «Южный федеральный университет»

Юдин Семён Анатольевич, преподаватель кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Юлдашева Нилюфар Бахтияровна, ординатор Самаркандский региональный филиал РСНПМЦПЗ Минздрава РУз. г.Самарканд.

Юсупова Заринахон Шухратовна, студент, Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

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

Яхонтова Маргарита Вячеславовна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Яцына Данил Сергеевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ XXI ВЕКА:

первые шаги в науку
и практику



Научное издание

III Международная междисциплинарная
научно-практическая конференция
молодых учёных и студентов

ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ XXI ВЕКА: ПЕРВЫЕ ШАГИ В НАУКУ И ПРАКТИКУ

14 ноября 2025 г.

16+

Редактор А. С. Смирнов

Подписано в печать 19.11.2025 Формат 60х84 1/16.

Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 28,71

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