



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. 1. / Г. В. Акименко, А. М. Селедцов, А. С. Яковлев; отв. ред. Г. В. Акименко. – Кемерово : КемГМУ, 2025. – 556 с. - **Текст : электронный**
ISBN: 978-5-8151-0365-8

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: 978-5-8151-0365-8

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

Абдукодирова А. М. СТИЛИ ВОСПИТАНИЯ И РОЛЬ СЕМЬИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АТИПИЧНЫМ АУТИЗМОМ	12
Абдукодирова А. М. СТИЛИ ВОСПИТАНИЯ И РОЛЬ СЕМЬИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АТИПИЧНЫМ АУТИЗМОМ	17
Алмагамбетова А. А., Батырева А. Н., Оралханова А. А., Бальдяева К. А. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР: АРТ-ТЕРАПИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	24
Анищенко Д. С., Фасхиева П. Ю. ПСИХОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ	33
Аскарова Р. И. АРТ-ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ – ИНСТРУМЕНТ, ПОМОГАЮЩИЙ СПРАВЛЯТЬСЯ С РАССТРОЙСТВАМИ	40
Бабаджаниян А. О. ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИИ ГОРЯ И УТРАТЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ	48
Белоусова Е. А., Вострикова Е. С., Шелестюкова С. В. ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19	55



Белошапкина Е. В. ВИКТОР ФРАНКЛ: БИОГРАФИЯ И НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	69
Березка Р. Г. КОМОРБИДНОСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА И ДЕПРЕССИИ: РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ	78
Бучина Е. А., Городилова П. К. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭПИЛЕПСИИ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ДАННЫХ	92
Быков Д. Е. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ	98
Васенина Д. М., Макеева О. А. РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ И ОКТ- АНГИОГРАФИИ В ДОКЛИНИЧЕСКОЙ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА	106
Веретенков Д. Б., Зотова Е. Н. СКЛОННОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ	114
Воронина А. А., Тимофеев И. И. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КЛЕЩЕВОЙ ИНФЕКЦИИ, ДИФФЕРЕНЦИРУЕМЫЙ С ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ	123



- Вяслева А. К., Ермакова А. В.** 136
ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
УПОТРЕБЛЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ПАВ:
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ
- Вяслева У. Р., Каверина А. В.** 145
АРТ-ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРЕОДОЛЕНИЯ
ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА:
ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР
- Гилязова С. В.** 153
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ И
ПОДДЕРЖАНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА
У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ: РОЛЬ АЛЕКСИТИМИИ И
ПЕРФЕКЦИОНИЗМА
- Глушкова У. В., Радаева П. Ю.** 160
ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ: ФАКТОРЫ РИСКА
И ПОСЛЕДСТВИЯ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ
- Голунов З. Ю., Чернышев М. Г.** 175
БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА HERICIUM
ERINACEUS И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РЕГЕНЕРАЦИЮ НЕРВНОЙ
СИСТЕМЫ
- Гольц В. Е.** 182
ПСИХОЛОГИЯ ПРОКРАСТИНАЦИИ: ПРИЧИНЫ,
ПОСЛЕДСТВИЯ И СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ
У СТУДЕНТОВ
- Гончаренко В. А., Гончаренко Э. А., Федосеева И. Ф.** 190
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОГНИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПРИ СИНДРОМЕ РЕТТА



Гончаренко Э. А. МЕТАФОРИЧЕСКИЙ ПЕРЕНОС КАК ОСНОВА ОБРАЗНОСТИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ ГРЕКО-ЛАТИНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ	199
Гончаренко Э. А., Кунгурцева М. Д. АСТЕНИЯ КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ ОБЩЕЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ	207
Гулевич Т. В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТЕРЕОТИПОВ И ПРЕДУБЕЖДЕНИЙ: ВЛИЯНИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ	213
Дударь А. А., Кособаева Д. Р., Калибекова Д. Г. ПСИХОЛОГИЯ КРИЗИСНЫХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ. МЕТОДИКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ	221
Дынгазиева К. С., Кадирова А. Д. РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	262
Енсебаева И. З., Ерен М. Е., Байзакова Д. А. ЦИФРОВАЯ ДЕПРЕССИЯ: КАК СОЦСЕТИ МЕНЯЮТ КАРТИНУ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР	275
Жумагалиева Н. А., Алтынгалиева М. К., Амантаева Д. А. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР: ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ И СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ	287



Заздравных А. В. РАЗВИТИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА СТУДЕНТОВ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	297
Захарова К. С. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ	307
Иконников С. П. НЕЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	313
Кажымуканов Ж. Б. Алдажар А. Қ., Болатбекова А. Д. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР: ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	323
Калиева М. А., Абдоллаева А. Б., Тютенова А. Е., Бауыржанова К. Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕВРАСТЕНИИ	331
Калинина М. В. ЗДОРОВЫЙ НАРЦИССИЗМ, НАРЦИССИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ И ИХ ПРОЯВЛЕНИЕ В СОЦИУМЕ	342
Калишева А. Е., Кыдырбек А. М., Сагындык А. С. КОНФЛИКТ В СЕМЬЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЕГО РАЗРЕШЕНИЮ. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР	349



Калкаман Д. А., Шамиль Т. А., Ануарбек А. А., Смагулова Г. Т. ВЛИЯНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ЛИДЕРСКИХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ	360
Картовенко К. С., Финк Д. ПРЕПАРАТЫ ГЕННОЙ ИНЖЕНЕРИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИИ: ОТ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МИШЕНЕЙ К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ	373
Касымова А. Т., Болатбаева Н. А., Мусабеков К. А., Акжол Н. Н. АКТУАЛЬНОСТЬ АРТ-ТЕРАПИИ ПРИ ПАНИЧЕСКИХ АТАКАХ	379
Корбанова Т. Н., Алешко Ю. А., Каган В. В. РАННЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ДО 18 ЛЕТ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ - КУЗБАССЕ: СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ	389
Лаврищева В. Ю. ВИЗУАЛЬНЫЕ ИСКАЖЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ РАССТРОЙСТВЕ ВОСПРИЯТИЯ, ВЫЗВАННОМ ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ (НРРД): ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ	397
Мусаева М. Х. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ	404
Кириченко Е. В., Гончарова О. В. СОВРЕМЕННЫЕ ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКИЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ЭВОЛЮЦИИ ПОКРЫТОСЕМЕННЫХ РАСТЕНИЙ	411



Кольченко Ю. В. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИНОИДОВ	420
Крапивникова М. Е. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ КОКАИНА	425
Кривонос В. С. ПСИХОЛОГИЯ ВЛИЯНИЯ КАК ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ СМИ И СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ)	435
Крыксина А. Е. ВЛИЯНИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ НА СРОКИ ОБРАЩЕНИЯ ЗА ПОМОЩЬЮ ПАЦИЕНТОВ С ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ	442
Кузнецова Е. В. БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ	449
Куянова А. А. НИЗКАЯ САМООЦЕНКА: АНАЛИЗ ПОНЯТИЯ, ОБСУЖДЕНИЕ ПРИЧИН ЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	457
Лагодовец А. А., Цуранова С. В. ОТНОШЕНИЕ К ТЕЛЕМЕДИЦИНЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА, МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ЛЮДЕЙ, НЕ СВЯЗАННЫХ С МЕДИЦИНОЙ	468



Лебедев Д. А. ЭВОЛЮЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НАРКОЛОГИИ: ОТ МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИХ КОНЦЕПЦИЙ К НАУЧНО ОБОСНОВАННЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ	477
Лобанова Е. И. ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ПСИХИАТРИИ: АКТУАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ	485
Лукоянова П. В. ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ КАК ФАКТОР СОВЛАДАНИЯ С ХРОНИЧЕСКИМ СТРЕССОМ В РАБОТЕ КОНСУЛЬТИРУЮЩЕГО ПСИХОЛОГА	493
Машарипов А. А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ СЕМЬИ В ОБЩЕСТВЕ	499
Михайлова В. А., Чернова В. И. СОМАТОГЕННЫЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	506
Мусаева М. Х. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ	515
Наумова В. В., Прокопенко Е. В., Рылина А. И. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНТЕРОЦЕПТИВНОЙ ОСОЗНАННОСТИ, АЛЕКСИТИМИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	522



- Николенко К. В.** 531
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА
- Окунев М. Е.** 537
ГИПОДИАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО
СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (ПТСР)
- Павлова Д. Ю., Мальцева С. И.** 543
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ
СТАРШЕКЛАССНИКОВ И СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ
УРОВНЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ АКТИВНОСТИ



СТИЛИ ВОСПИТАНИЯ И РОЛЬ СЕМЬИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АТИПИЧНЫМ АУТИЗМОМ

Абдукодирова А. М.

Ташкентский Государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии

медицинской психологии

Республика Узбекистан, г. Ташкент

Научный руководитель – С. Б. Бабарахимова

Аннотация. Полученные в ходе исследования результаты определяют, что у большинства детей с атипичным аутизмом формируются дисфункциональные семейные отношения с родителями, дети воспитываются часто в неполных семьях с преобладанием гиперопеки. Полученные данные могут быть использованы для разработки программ психопрофилактики и коррекции поведенческих нарушений у данной категории пациентов.

Ключевые слова: аутизм, семья, дети, тревожные расстройства, эмоциональные расстройства, депрессия.

PARENTING STYLES AND THE ROLE OF FAMILY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ATYPICAL AUTISM

Abdukodirova A. M.

Tashkent State Medical University

Department of Psychiatry, Narcology and Child Psychiatry,

Medical Psychology

Supervisor – S. B. Babarakhimova

Abstract. The results obtained during the study determine that the majority of children with atypical autism have dysfunctional family relationships with their parents, children are often raised in single-parent families with a predominance of overprotection.



The data obtained can be used to develop programs for psychoprophylaxis and correction of behavioral disorders in this category of patients.

Keywords: autism, family, children, anxiety disorders, emotional disorders, depression.

Введение

В последние годы наблюдается рост случаев расстройств аутистического спектра (РАС) у детей, что связано с улучшением диагностики и более ранним обращением родителей за помощью. РАС представляют собой комплексные нарушения развития, для которых характерны трудности социальной адаптации, коммуникации и стереотипное поведение.

Семья при аутизме — это фундамент, команда поддержки и мост в большой мир. Это не просто «уход за больным», а постоянный процесс обучения, адаптации, защиты и безусловной любви. От состояния и ресурса семьи напрямую зависит прогресс и качество жизни человека с расстройством аутистического спектра. Ключевым аспектом профилактики и психокоррекции этих расстройств является анализ семейной среды, в частности, выявление неблагополучных и дисгармоничных семей, а также деструктивных моделей детско-родительских отношений.

РАС — это группа нарушений развития, проявляющихся в дефиците социального взаимодействия, коммуникативных сложностях и склонности к стереотипным действиям. В этом контексте изучение роли семьи, а также своевременное обнаружение в ней деструктивных паттернов воспитания, становится ключевым направлением для профилактической работы. Современные данные подтверждают, что родители детей с РАС испытывают хронический стресс, уровень которого часто выше, чем у родителей детей с другими нарушениями развития.



Основными причинами стресса являются сложности поведения ребенка, проблемы с коммуникацией, социальная стигматизация, финансовое бремя терапии, борьба за услуги и ресурсы. Наличие в семье ребёнка с диагнозом РАС оказывает сильное влияние на психическое здоровье членов семьи, обнаруживаются высокие риски выгорания, тревожности и депрессии у матерей и отцов. Исследования показывают, что поддержка психического здоровья родителей напрямую связана с лучшими исходами для ребенка. Современные исследования активно включают отцов, изучая их уникальный опыт, стиль взаимодействия с ребенком с РАС и их роль в поддержке матери.

Цель исследования: изучить специфику семейных отношений у детей и подростков с атипичным аутизмом.

Материал и методы

В исследовании участвовали 48 пациентов (30 мальчиков и 18 девочек) в возрасте 6–15 лет, проходивших лечение в санаторных отделениях Городского детского психоневрологического центра Ташкента. Для сбора данных использовалась специально разработанная карта, включавшая вопросы для определения типа семьи, стилей воспитания и родительского руководства.

Результаты и обсуждение

Воспитание ребенка с расстройством аутистического спектра (РАС) — это сложный, но очень важный процесс, который требует особого подхода. Не существует единого «правильного» вида воспитания, так как каждый ребенок с аутизмом уникален. Анализ показал, что 60% обследуемых детей воспитывались в полных семьях. В семьях с наличием ребёнка с диагнозом РАС чаще всего регистрируются отсутствие отца вследствие того, что мужчины в большинстве случаев не могут принять и осознать такой сложный диагноз, как аутизм. Неполные семьи были выявлены у 28% респондентов, а 12% детей жили с родственниками или в интернатах. Среди типов семей преобладали дисфункциональные (47%) и



деструктивные (35%). Гармоничные отношения были зафиксированы лишь у 3,6% подростков. В стилях воспитания доминировала гиперпротекция (68%), в том числе доминирующая (25%). У 15% семей отмечено жестокое обращение с применением физических наказаний, которое оказало наиболее существенное влияние на клинические проявления аутизма. Уход за ребенком с РАС требует огромных физических и эмоциональных сил. Родителям необходимо регулярно отдыхать, находить время для себя и своих увлечений, не испытывая при этом чувства вины. Огромную помощь оказывало общение с другими семьями, столкнувшимися с похожими ситуациями (группы поддержки, форумы, родительские сообщества). Наиболее чаще встречаемый тип воспитания был авторитарный, характеризующийся жёстким контролем, требованием беспрекословного подчинения, система наказаний за нежелательное поведение. Однако в семьях с РАС это часто приводит к катастрофе. Ребенок с аутизмом может не понимать абстрактных требований («веди себя прилично»), а его поведение часто связано с сенсорными перегрузками или тревогой, а не с непослушанием.

Такой стиль усиливает тревожность, провоцирует истерики, самоагрессию и разрушает доверие между ребенком и родителями. Этот стиль воспитания может применяться с осторожностью только в виде четких, предсказуемых границ, касающихся безопасности (например, «нельзя выбегать на дорогу»), и только в сочетании с методами положительного подкрепления. В результате неправильного воспитания формируются поведенческие нарушения, проявляющиеся непослушанием, агрессией, склонностью к извращению пищевого и полового поведения. Дети с аутизмом часто испытывают тревогу из-за неопределенности. Четкий распорядок дня, визуальное расписание, правила и ритуалы помогало снизить тревожность и создать ощущение безопасности. Семья учится понимать невербальные сигналы ребенка (жесты, взгляды, вокализации) и использовать альтернативные методы коммуникации (PECS, карточки, приложения на



планшете), если речь отсутствует или ограничена. Повседневные дела — готовка, уборка, поход в магазин - становились возможностью для обучения социальным навыкам, бытовой адаптации и речи в семье, что имело немаловажное значение в формировании коммуникативных навыков.

Исследование выявило гендерные различия поведенческих нарушений, сформировавшихся у пациентов с атипичным аутизмом в результате неправильных стилей родительского воспитания: у девочек чаще наблюдались избирательность в еде, повышенное половое влечение и агрессия к младшим братьям и сестрам. Для мальчиков же были характерны вспышки ярости, гетероагрессия, разрушительное поведение и членовредительство.

Заключение

У большинства детей с атипичным аутизмом были выявлены дисфункциональные семейные отношения, часто в неполных семьях с преобладанием гиперопеки. Полученные данные могут быть использованы для разработки программ психопрофилактики и коррекции поведенческих нарушений у данной категории пациентов.

Источники и литература / Sources and references:

1. Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. Влияние семейных взаимоотношений в формировании депрессивных и поведенческих нарушений у подростков // Человеческий Фактор. Социальный Психолог. 2020. — №1(39). — С.146-153.

2. Абдуллаева В.К., Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б. Исследование причин аутоагрессивного поведения у подростков // Человеческий Фактор. Социальный Психолог. 2025. — №1(53). — С.228-235.

3. Бабарахимова С.Б., Шарипова Ф.К., Султонова К.Б. Оценка эффективности применения арт-терапии у подростков с поведенческими нарушениями // Методология современной психологии 2025. — № 25 — С.24-29



4. Ганиханов, А. (2023). Раннее выявление подростков с высоким риском алкоголизации (обзор литературных данных). Биопсихосоциальная психиатрия: новые подходы и перспективы развития, 1(1), 27–29.

5. ШР Сулейманов, ФК Шарипова. Семья как фактор интернет зависимого поведения у подростков. Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии, 2020, С. 506-508

6. Abdullaeva V.K., Abbasova D.S. et al. Predict depressive disorders at the earliest stages of its formation in adolescents”/Annali d/ Italia (2020) VOL 1, No 7; pp 15-18.

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

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

9. Sattarov T.F., Babarakhimova S.B. Early detection of teenage depression // Вестник интегративной психологии // Журнал для психологов. Вып. 29. /Под ред. В.В. Козлова, Ш.Р. Баратова, М.Н. Усмановой. – Бухара - Ярославль: МАПН, 2023. – 429 с.; с.328-321

МЕТОДЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ

Алимова Р. Ф., Давлатбоев М. Т.

Ташкентский Государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии,

медицинской психологии,

Республика Узбекистан, г. Ташкент

Научный руководитель – С. Б. Бабарахимова



Аннотация. Полученные данные в статье подтверждают необходимость ранней верификации риска развития суицидального поведения среди детей и подростков, проведения профилактических превентивных мероприятий по предотвращению самоубийств и суицидальных тенденций. Исследование подчеркивает необходимость разработки эффективных методов диагностики и психологической помощи для предотвращения суицидального поведения в подростковой среде.

Ключевые слова: суициды, подростки, аутоагрессия, профилактика, самоповреждения.

METHODS OF PSYCHOCORRECTION OF SUICIDAL TENDENCIES IN ADOLESCENTS

Alimova R. F., Davlatboev M. T.

Tashkent State Medical University

Department of Psychiatry, Narcology and Child Psychiatry,

Medical Psychology

Supervisor – S. B. Babarakhimova

Abstract. The data obtained in the article confirm the need for early verification of the risk of suicidal behavior among children and adolescents, as well as preventive preventive measures to prevent suicide and suicidal tendencies. The study highlights the need to develop effective diagnostic methods and psychological assistance to prevent suicidal behavior in adolescents.

Keywords: suicides, adolescents, autoaggression, prevention, self-harm.

Введение

Актуальность изучения специфики суицидального поведения подростков продиктована тревожной статистикой по суицидам в данной группе. Одним из



центральных факторов, провоцирующих возникновение суицидальных тенденций, является депрессия, имеющая у подростков особенность проявляться через различные соматические и поведенческие нарушения. Исследование особенностей суицидального поведения среди подростков представляет собой актуальную проблему, обусловленную значительным увеличением числа самоубийств в данной возрастной группе.

Одним из ключевых факторов, способствующих формированию суицидальных наклонностей, являются депрессивные состояния, которые у подростков часто проявляются через соматические симптомы и поведенческие нарушения. Значительный рост подростковых суицидов обуславливает актуальность исследования особенностей суицидального поведения в этой среде. Ключевую роль в генезисе суицидальных склонностей играют депрессивные состояния, для подростков характерно их внешнее проявление в виде соматических симптомов и отклонений в поведении.

Цель исследования: Особенности суицидальных тенденций у подростков с целью совершенствования методов психокоррекционной помощи.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 61 подросток с поведенческими расстройствами и суицидальными намерениями, обусловленными депрессивными состояниями. Для выявления факторов риска формирования суицидального поведения использовался структурированный личностный опросник, включающий ряд психологических тестов и вопросов.

Результаты и их обсуждение

Основной задачей исследования было изучение особенностей суицидальных тенденций у подростков, включая типы поведения, мотивы и способы реализации суицидальных намерений. Было выявлено три вида наиболее чаще регистрируемых суицидальных тенденций у подростков, среди которых



демонстративные суицидальные действия носили характер шантажа, направленного на манипуляцию родителями или окружающими. Подростки стремились найти выход из сложной жизненной ситуации, избежать наказания или добиться внимания со стороны сверстников противоположного пола. Демонстративные попытки суицида отличались тщательной подготовкой и продуманностью, часто сопровождались жестокостью по отношению к близким. Такие действия обычно совершались в дневное время, когда родители находились дома. Мальчики чаще прибегали к поверхностным порезам в области запястий, предплечий, внутренней поверхности бёдер и голеней. При опросе выяснялось, что их целью было не лишение себя жизни, а получение определённых выгод или материальных благ. Девочки предпочитали самоотравление легкодоступными лекарственными средствами (аспаркам, карсил, алчеба), которые они приобретали в аптеках и не скрывали от родителей. Приём препаратов часто происходил на глазах у родителей во время конфликтов.

Аффективное суицидальное поведение наблюдалось у 20 подростков (32,8%) и характеризовалось импульсивностью, отсутствием планирования и совершением на высоте эмоционального всплеска. Основными мотивами были протест против конфликтной ситуации, избегание наказания или мести за обиды. Несмотря на то что такие действия не были направлены на реальное лишение себя жизни, подростки могли использовать опасные методы (падение с высоты, бросание под транспорт). В ряде случаев предотвращение трагедии происходило благодаря своевременному вмешательству служб спасения. При стабилизации состояния подростки признавались, что их действия были вызваны неконтролируемыми эмоциями, а не истинным желанием уйти из жизни. Они выражали сожаление и критически оценивали свои поступки.

Истинное суицидальное поведение было выявлено у 12 подростков (19,7%). Для них характерны были тщательное планирование, подготовка (приобретение



острых предметов, лекарств для отравления), написание предсмертных записок и прощание в социальных сетях.

У всех подростков этой группы наблюдалась клинически выраженная депрессивная симптоматика. Подростки использовали следующие способы совершения суицидальных тенденций - глубокие порезы вен на конечностях или шее (5 случаев), сочетание порезов с отравлением (3 случая). Покушения на самоубийство было зафиксированы у 8 подростков с истинными суицидальными намерениями. Психокоррекция суицидального поведения у подростков — это комплексная работа, которая включает экстренную помощь, длительную психотерапию, а также создание вокруг подростка системы поддержки. Профилактика является важнейшей частью работы, которая должна вестись как в семье, так и в образовательных учреждениях.

В семье ключевую роль играют непрерывный контакт и эмоциональная поддержка от родителей. Важно открыто обсуждать проблемы, вместе строить планы на будущее, проявлять интерес к увлечениям и друзьям ребенка. Профилактика депрессии напрямую связана с профилактикой суицидов — при первых признаках сниженного настроения необходимо активно помогать ребенку выходить из этого состояния. В школе эффективная профилактика включает своевременное выявление учащихся из групп риска и организацию для них психолого-педагогического сопровождения.

Программы направлены на формирование у детей и подростков жизненных навыков (социальных и эмоциональных), позитивной адаптации к жизни и конструктивных способов решения проблем. Арт-терапия является одним из наиболее эффективных и деликатных инструментов в профилактике суицидального поведения среди подростков. Ее сила заключается в том, что она позволяет работать с глубокими, часто неосознаваемыми переживаниями, минуя сопротивление и трудности вербализации.



Прямой доступ к бессознательному: психологические травмы, конфликты и подавленные эмоции (гнев, отчаяние, чувство одиночества), которые могут подталкивать к суицидальным мыслям, трудно выразить словами. Арт-терапия позволяет им выйти наружу в образах, цветах и символах. В процессе арт-терапии происходит снижение защитных барьеров: подросток, который может отказаться от прямого разговора о своих проблемах, часто с готовностью включается в творческий процесс. Это не выглядит как «лечение», что снимает напряжение.

В результате проведения групповых сеансов происходит преодоление вербализации: подросткам часто не хватает смелости и уверенности, чтобы точно описать свои чувства. Рисунок, лепка или коллаж становятся их «языком». Катарсический эффект: сам процесс творчества — это акт высвобождения накопленного внутреннего напряжения, боли и агрессии социально приемлемым способом (бумага и краски «выдерживают» все).

Восстановление контакта с собой: суицидальные мысли часто связаны с потерей смысла и самоидентичности. Творчество помогает заново открыть себя, свои ресурсы и неочевидные стороны личности.

Конкретные цели и задачи арт-терапии в профилактике суицидов заключается в выявлении эмоционального состояния, выявление подавленной агрессии, депрессии, чувства безнадежности. Осуществляется диагностикаотреагированных эмоций: создаётся безопасное пространства для выражения боли, страха, гнева и одиночества. В ходе индивидуальных занятий происходит проработка внутреннего конфликта: Визуализация и преобразование конфликта между «жизненными» и «смертельными» силами в психике. Медицинский психолог помогает выявить поиск ресурсов: помощь в обнаружении внутренних и внешних источников силы, поддержки и смысла жизни. Психотерапевты в результате проведённой арт-терапии формируют представление позитивного



образа будущего: создание образов и планов, которые могут удержать от рокового шага.

Заключение

Подавляющее большинство подростков (80,3%) не имели истинного намерения покончить с жизнью, а их действия носили демонстративный или импульсивный характер. Истинное суицидальное поведение наблюдалось значительно реже (19,7%; $p < 0,001$). Раннее выявление склонности к суицидальному поведению является важным превентивным фактором для снижения риска суицидальной готовности среди подростков.

Таким образом, исследование подчеркивает необходимость разработки эффективных методов диагностики и психологической помощи для предотвращения суицидального поведения в подростковой среде. Арт-терапия- это наиболее эффективный метод в рамках комплексной программы превенции суицидальных тенденций, который может включать индивидуальную и групповую психотерапию, работу с семьей и, при необходимости, медикаментозное лечение под наблюдением врача.

Источники и литература / Sources and references:

1. Саттаров Т.Ф., Б.О. Мухторов, С.Б. Бабарахимова, В К Абдуллаева, Ш.Р. Сулейманов, Ф.К. Шарипова. Влияние стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у детей и подростков // Человеческий фактор Социальный психолог, №1(45), 2023; С. 348-353
2. Саттаров Т.Ф., Бабарахимова С.Б. Анализ взаимосвязи между мотивами суицидальных тенденций и личностными особенностями подростков // Человеческий Фактор. Социальный Психолог. 2024. – №1 (49). – С.437-442.
3. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Analysis of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents / Central Asian Journal of Pediatrics 2 (1), 2019, pp. 201-204.



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

5. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S. et al. Research of influence personal characteristics in adolescents in development types of suicidal tendencie // Austria-science. VOL 1, No 24 (2019) pp. 16-18

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

7. Matveeva A.A., Sultonova KB, Abbasova DS et al. Optimization of psychodiagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No. 5 pp. 24-27

8. Mirvorisova Z.Sh., Fayzullaeva K.R., Babarakhimova S.B. Features of psychocorrection of digestive disorders in patients with paranoid schizophrenia // Вестник Ташкентской Медицинской Академии, 2023, с. 50-53

9. Sattarov T.F. Optimization of the rehabilitation of patients with paranoid schizophrenia/ Sciences of Europe.Vol 1, No 127 (2023) pg. 7-8

10. Sattarov T.F., Babarakhimova S.B. Early detection of teenage depression // Вестник интегративной психологии // Журнал для психологов. Вып. 29. /Под ред. В.В.Козлова, Ш.Р. Баратова, М.Н.Усмановой. – Бухара - Ярославль: МАПН, 2023. – 429 с.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР: АРТ-ТЕРАПИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Алмагамбетова А. А., Батырева А. Н., Оралханова А. А.,
Бальдяева К. А.

*Кафедра психиатрии и наркологии
НАО «Медицинский Университет Семей,
Республика Казахстан, г. Семей*



Аннотация. Целью исследования является изучение эффективности арт-терапии при расстройствах личности в психиатрической практике. Методология включала систематический анализ отечественных и международных публикаций за 2020–2025 годы с использованием данных клинических и экспериментальных исследований. Полученные результаты показывают, что арт-терапия способствует улучшению эмоциональной регуляции, снижению тревожности и агрессивности, а также развитию саморефлексии и социальной адаптации пациентов. Данные выводы подтверждают значимость арт-терапии как компонента комплексного лечения при различных типах личностных расстройств.

Ключевые слова: арт-терапия, личностные расстройства, психиатрия, эмоциональная регуляция, саморефлексия, социальная адаптация, психотерапия.

LITERATURE REVIEW: ART THERAPY FOR PERSONALITY DISORDERS IN PSYCHIATRIC PRACTICE

Almagambetova A. A., Batyreva A. N., Oralkhanova A. A.,
Baldyaeva K. A.

*Department of Psychiatry and Addiction Medicine
Semey Medical University, Republic of Kazakhstan, Semey*

Abstract. The aim of this study is to evaluate the effectiveness of art therapy in the treatment of personality disorders within psychiatric practice. The methodology involved a systematic analysis of domestic and international publications from 2020 to 2025, based on clinical and experimental research data. The findings indicate that art therapy enhances emotional regulation, reduces anxiety and aggression, and promotes self-reflection and social adaptation in patients. These results underscore the importance of art therapy as a component of comprehensive treatment for various types of personality disorders.

Keywords: art therapy, personality disorders, psychiatry, emotional regulation, self-reflection, social adaptation, psychotherapy.



Введение

Личностные расстройства характеризуются устойчивыми и глубоко укоренёнными моделями восприятия, мышления и поведения, которые существенно отклоняются от социальных норм и часто приводят к дезадаптации индивида [1]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, распространённость этих нарушений среди взрослого населения составляет примерно 6–10% [30]. В последние годы наблюдается рост интереса к немедикаментозным методам психотерапии, среди которых всё большее значение приобретает арт-терапия. Арт-терапия (от англ. *arttherapy*) — это психотерапевтическое направление, основанное на использовании творческой деятельности для выражения, осознания и переработки внутренних конфликтов [12].

Главная цель арт-терапии — способствовать самопониманию, восстановлению эмоциональной целостности и социальной адаптации пациента [19]. Особенно актуально применение арт-терапии при личностных расстройствах, так как традиционные когнитивно-поведенческие методики не всегда позволяют достигнуть глубоких изменений личности [3]. С точки зрения психодинамических подходов, арт-терапия обеспечивает безопасный канал для выражения бессознательных импульсов, а нейropsихологические исследования подтверждают, что творческая активность активирует мозговые зоны, ответственные за эмоциональную регуляцию и когнитивную гибкость [13].

Объекты и методы исследования

Систематический поиск научной литературы проводился в базах PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar и Cyberleninka с использованием ключевых терминов: “arttherapy”, “personalitydisorders”, “psychiatry”, “psychotherapy”, “borderlinepersonalitydisorder”. Критерии включения: публикации в рецензируемых журналах за период 2020–2025 гг., наличие клинических или экспериментальных



данных о результативности арт-терапии и исследования с участием пациентов с диагностированными расстройствами личности. В итоговом анализе рассмотрено 30 источников, включая оригинальные статьи, мета-анализы и систематические обзоры.

Результаты и их обсуждение

Арт-терапия при личностных расстройствах демонстрирует положительное воздействие на эмоциональную регуляцию, снижение тревожности и улучшение социальной адаптации [11]. Наиболее изучено применение арт-терапии при пограничном расстройстве личности (ПРЛ), где она используется как дополнение к диалектической поведенческой терапии (ДПТ) [26]. В исследовании К. Наеуен (2020) показано, что участие пациентов с ПРЛ в 12-недельной программе арт-терапии снижает импульсивность и самоповреждающее поведение [9]. Н. Crawford и соавт. (2021) отметили, что после курса арт-терапии повышается способность к саморефлексии и уменьшается уровень дистресса [4].

Эффект арт-терапии объясняется возможностью символического выражения эмоций через творческую деятельность, что способствует осознанию и интеграции травматического опыта [7]. Групповая арт-терапия, по данным J. vanLith (2022), улучшает чувство принадлежности и снижает социальную изоляцию у пациентов с нарциссическим и шизоидным типами личности [27]. Современные нейropsихологические исследования подтверждают, что творческая активность стимулирует дофаминергические системы мозга, снижая депрессивные и тревожные симптомы [13]. Методы арт-терапии включают рисование, лепку, коллаж, фототерапию и сказкотерапию. Цветовая символика помогает выявлять эмоциональные конфликты, а метафорическая визуализация способствует формированию альтернативных моделей восприятия [2].

Одним из ключевых эффектов является развитие самосознания и навыков эмоциональной регуляции: пациенты лучше распознают и вербализируют свои



чувства, что особенно важно при ПРЛ, где эмоциональная нестабильность и импульсивность выражены наиболее ярко [22]. L. Schweizer (2020) показала, что включение арт-терапии в стационарное лечение пациентов с ПРЛ снижает агрессивность и самоповреждающее поведение, повышая доверие к терапевту [23]. М. Montesano и соавт. (2021) рассматривали арт-терапию как средство развития ментализации, то есть способности понимать свои и чужие психические состояния, что нарушено у многих пациентов с личностными расстройствами [21]. Групповые занятия способствуют коммуникативным навыкам и социальной адаптации, что особенно важно при шизоидных и избегающе-анксиозных типах [25].

Арт-терапия помогает безопасно перерабатывать ранние травматические события без прямого вербализирования боли. L. Malchiodi (2021) отметила, что рисование и лепка позволяют реконструировать внутренние образы, связанные с прошлым, снижая уровень посттравматического стресса [20]. Методы нейровизуализации показывают активацию префронтальных и лимбических структур, отвечающих за контроль эмоций и мотивацию, что объясняет устойчивый терапевтический эффект [14]. М. Kaimal (2023) подтвердил, что творческая активность усиливает дофаминергическую активность, улучшая настроение и когнитивную гибкость [16].

В современной психиатрической практике арт-терапия включается в комплексное лечение, сочетающее медикаментозную терапию, когнитивно-поведенческие методы и психообразование. По данным R. Spaniol (2024), комбинация арт-терапии и психообразования снижает частоту госпитализаций пациентов с ПРЛ и формирует устойчивые навыки саморегуляции [24]. В Казахстане, в психиатрическом отделении города Семей, А. Кожаметова и соавт. (2024) выявили, что после 8-недельного курса у 78% пациентов улучшилась адаптация и снизилась тревожность [17]. Таким образом, арт-терапия объединяет



элементы психодинамической, гуманистической и когнитивной терапии, что делает её универсальным инструментом при сложных личностных расстройствах.

Заключение

В современной психиатрии арт-терапия рассматривается как многообещающий метод психокоррекции для людей с расстройствами личности. Обзор научных публикаций за последние годы (2020-2025) показал, что арт-терапия помогает пациентам лучше контролировать эмоции, понимать себя, налаживать отношения с другими людьми и адаптироваться к жизни. Этот метод работает благодаря способности творческой деятельности активировать определенные участки мозга, связанные с чувством удовлетворения и регуляцией эмоций. Исследования подтверждают, что творчество помогает объединить мышление и чувства, снижает тревогу, напряжение и агрессию, а также развивает понимание своих эмоций.

Различные виды арт-терапии повышают эффективность лечения, помогает пациентам научиться справляться со своими эмоциями и снижает вероятность повторных обострений. Таким образом, арт-терапия выполняет двойную роль: она не только облегчает симптомы, но и развивает внутренние ресурсы личности, помогая восстановить ее целостность и самостоятельность. Этот метод комплексно воздействует на эмоции, мышление и поведение, что делает его важной частью комплексной психотерапевтической помощи. Будущие исследования направлены на разработку и стандартизацию арт-терапевтических программ для разных типов расстройств личности, интеграцию метода в комплексный подход к лечению и проведение исследований для объективной оценки его эффективности.

Источники и литература / Sources and references:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., DSM-5-TR). Washington, DC, 2022. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>



2. Беляева, Н.С. (2024). Арт-терапия в комплексной реабилитации пациентов с личностными расстройствами. Вестник психиатрии и психологии, №1, с. 90–99. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/art-terapiya-v-kompleksnoy-reabilitatsii-patsientov-s-lichnostnymi-rasstroystvami>
3. Crawford, M.J., et al. (2021). Group art therapy for personality disorders. The Arts in Psychotherapy, 75, 101832. URL: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101832>
4. Crawford, M.J., Patterson, S. (2021). The role of art therapy in psychiatric rehabilitation. International Journal of Art Therapy, 26(4):200–212. URL: <https://doi.org/10.1080/17454832.2020.1851967>
5. Crawford, M.J., Patterson, S. (2021). Art therapy and emotion regulation in personality disorders: A meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 292, 122–134. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.040>
6. Егорова, М.В. (2023). Применение арт-терапии при нарциссическом расстройстве личности. Современная психология и психотерапия, №3, с. 98–107. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-art-terapii-pri-nartsissicheskom-rasstroystve-lichnosti>
7. Глухова, Е.В. (2023). Арт-терапия в психиатрической клинике: теоретические основы и практика. Журнал клинической психологии, №2, с. 56–65. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/art-terapiya-v-psihiatricheskoy-klinike-teoreticheskie-osnovy-i-praktika>
8. Haeyen, S. (2020). Art therapy as an approach in psychiatry. Frontiers in Psychology, 11:584. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00584>
9. Haeyen, S. (2020). Effectiveness of art therapy for patients with borderline personality disorder. Frontiers in Psychology, 11, 601. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00601>



10. Haeyen, S. (2023). Art therapy outcome research in psychiatry: A systematic review. *Arts & Health*, 15(1), 1–20. URL: <https://doi.org/10.1080/17533015.2022.2109444>
11. Haeyen, S., Hinz, L. (2020). Expressive art therapy for emotional regulation. *Journal of Clinical Psychology*, 76(8):1505–1518. URL: <https://doi.org/10.1002/jclp.22980>
12. Haeyen, S., & van Hooren, S. (2024). Creative expression as a pathway to personality integration. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1123431. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1123431>
13. Kaimal, G. (2022). Neurobiological mechanisms of art therapy. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16, 812437. URL: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.812437>
14. Kaimal, G., Carroll-Haskins, K. (2022). Brain activation in creative processes during art-making. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16, 102214. URL: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.102214>
15. Kaimal, G., Ray, K. (2023). Art making and neural reward pathways. *The Arts in Psychotherapy*, 82:102142. URL: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2023.102142>
16. Kaimal, G., et al. (2023). Dopaminergic reward pathways and art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 82, 102142. URL: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2023.102142>
17. Кожамметова, А.Б., Байжуманова, Р.М. (2024). Арт-терапия в реабилитации пациентов с расстройствами личности. *Вестник психического здоровья Казахстана*, №2, с. 45–53. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/art-terapiya-v-reabilitatsii-patsientov-s-rasstroystvami-lichnosti>
18. Левина, Н.В., & Глухова, Е.В. (2022). Арт-терапия в комплексной психокоррекции пациентов с эмоциональной дисрегуляцией. *Психология и психотехника*, №7, с. 142–149. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/art-terapiya-v-kompleksnoy-psihokorreksii-patsientov-s-emotsionalnoy-disregulyatsiey>



19. Левченко, И.В. (2021). Арт-терапия как метод психокоррекции эмоциональных нарушений. Психология и психотехника, №3, с. 122–130. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/art-terapiya-kak-metod-psihokorreksii-emotsionalnyh-narusheniy>
20. Malchiodi, C. (2021). Trauma and expressive arts therapy: Brain, body, and imagination in the healing process. New York: Guilford Press. URL: <https://www.guilford.com/books/Trauma-and-Expressive-Arts-Therapy/Cathy-A-Malchiodi/9781462535091>
21. Montesano, M., & Haeyen, S. (2021). Art therapy for improving mentalization in personality disorders. *Frontiers in Psychology*, 12, 713254. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.713254>
22. Schweizer, L. (2020). Art therapy and self-reflection in personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 26(4), 301–309. URL: <https://doi.org/10.1097/j.psy.0000000000000717>
23. Schweizer, L., & Haeyen, S. (2020). Art therapy interventions for borderline personality disorder. *The Arts in Psychotherapy*, 72, 101745. URL: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101745>
24. Spaniol, R. (2024). Integrating art therapy into psychiatric care for personality disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 84, 102178. URL: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2024.102178>
25. Tylka, R. (2022). Group art therapy in social anxiety and avoidant personality traits. *International Journal of Art Therapy*, 27(1), 45–53. URL: <https://doi.org/10.1080/17454832.2021.1942230>
26. Van Lith, T. (2022). Art therapy in dialectical behavior therapy settings. *The Arts in Psychotherapy*, 79:101933. URL: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101933>
27. Van Lith, T. (2022). Art therapy, mentalization, and recovery in personality disorders. *Art Therapy Online*, 13(2):45–58. URL: <https://doi.org/10.1386/atop.13.2.45-58>



28. Waller, D. (2025). Art therapy in mental health: recent developments. *Arts & Health Journal*, 17(2):223–239. URL: <https://doi.org/10.1080/17533015>.
29. Waller, D., & Sibbett, C. (2025). Contemporary art therapy and mental health practice. London: Routledge Press. URL: [https://www.routledge.com/Contemporary Sibbett/p/book/9781032321841](https://www.routledge.com/Contemporary-Sibbett/p/book/9781032321841)
30. World Health Organization. Personality Disorders: Prevalence and Burden. WHO Report, 2021. URL: <https://www.who.int/publications>

ПСИХОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ

Анищенко Д. С., Фасхиева П. Ю.

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 рассмотрена и проанализирована проблема психологического состояния пациента в условиях болезни и здоровья. Субъективное восприятие здоровья и болезни формируется под влиянием психологического состояния личности. Именно эти факторы оказывают существенное воздействие на поведенческие реакции, эмоциональный фон, а так же влияют на то, как пациент оценивает свои ощущения и формируют его мнение о методах лечения, предлагаемых врачами.

Ключевые слова: психологическое здоровье, картина здоровья, внутренняя картина здоровья, внутренняя картина болезни, психика, психология человека.



HUMAN PSYCHOLOGY IN HEALTH AND ILLNESS

Anishchenko D. S., Faskhieva P. Y

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Abstract. This article examines and analyzes the problem of a patient's psychological state in the context of illness and health. The subjective perception of health and illness is influenced by the patient's psychological state. These factors have a significant impact on behavioral responses, emotional state, and how the patient evaluates their own feelings and formulates their opinion about the treatment methods suggested by doctors.

Keywords: psychological health, health picture, internal health picture, internal disease picture, psyche, human psychology.

Взаимосвязь здоровья и болезни очевидна: одно часто определяется через другое. Особенность этих состояний заключается в их социальном аспекте. В рамках общества здоровье обычно понимается как состояние, соответствующее общепринятым нормам, в то время как болезнь рассматривается как нарушение этих норм.

То, как мы себя ведем и как реагируем на то, что происходит — это психология человека. Предмет исследования направлен на раскрытие причин человеческого восприятия реальности, механизмов принятия решений и мотивов поведения, а также на понимание того, как внутренние процессы формируют внешние действия.

Состояние человека можно понять, рассматривая два взаимосвязанных аспекта: его представление о собственном здоровье и его представление о своей болезни.

Внутренняя картина здоровья – своеобразный индивидуальный эталон, по которому формируется внутренняя картина болезни. Если в представлении



человека о собственном здоровье присутствует убеждение в возможности периодических болевых ощущений, то еженедельные болевые ощущения не приведут к формированию ощущения недуга, а будут считаться нормой. Но, если во внутренней картине здоровья человека не допускается возможность хотя бы раз испытать болевые ощущения то, испытав, человек немедленно создаст внутреннюю картину болезни [1, С8].

Внутренняя картина здоровья включает в себя 3 уровня психического отражения здоровья:

1. Когнитивный компонент: совокупность субъективных или мифологических умозаключений, мнений о причинах, содержании, возможных прогнозах, а также оптимальных способах сохранения, укрепления и развития здоровья.

2. Эмоциональный компонент: переживание здорового самочувствия, связанное с комплексом ощущений, формирующих эмоциональный фон (спокойствие, радость, умиротворенность, свобода, легкость, симпатия и др.)

3. Мотивационно-поведенческий компонент: совокупность усилий, стремлений, конкретных действий здорового человека, обусловленных его системой верований и направленных на достижение субъективно значимых целей [2, С3].

Ощущение здоровья – это не просто отсутствие болезней или недугов. Это состояние полного физического, душевного и морального благополучия, которое дает возможность жить полноценной жизнью без каких-либо ограничений. Внутренняя картина здоровья является частью нашего самовосприятия, отражая наше представление о собственном теле и сопровождаясь соответствующими эмоциями и ощущениями [3, С.2].

Внутренняя картина болезни – термин, введенный в нашей стране А.Р. Лурия (1974), описывает ментальное представление человека о том, что представляет



собой его болезнь, излечима ли она, и если – да, то какими методами. Это ментальная модель, внутренний комплекс ощущений, восприятий, эмоций, конфликтных представлений и травмирующих переживаний относительно болезни.

Внутренняя картина болезни включает 4 уровня:

1. перцептивный, представляющий собой набор болезненных ощущений;
2. эмоциональный, то есть переживания, связанные с возникновением заболевания и ограничениями, которые оно накладывает на человека;
3. интеллектуальный, то есть знания о заболевании и оценка его причин и последствий;
4. мотивационный, то есть создание определенного отношения к заболеванию, система побуждений к изменению ситуации или, напротив, сохранения ее [2, С3].

Столкнувшись с болезнью, человек оказывается в тяжелой жизненно-психологической ситуации, которая затрагивает множество сфер его жизни: необходимость проходить лечение и принимать лекарства, взаимодействие с врачами, а также изменения в отношениях с семьей и друзьями.

Врачам на практике особенно важно учитывать, как заболевания тела (соматические состояния) негативно сказываются на психике. Под этим подразумевается любое нарушение психической деятельности, возникающее вследствие телесной болезни. На сегодняшний день установлено, что существуют два главных механизма такого воздействия: соматогенный, когда болезнь напрямую влияет на психику, и психогенный, когда психические реакции на болезнь играют ключевую роль. На практике эти два типа влияния часто проявляются вместе, но их соотношение может меняться в зависимости от конкретного заболевания.



Для понимания психологических особенностей пациента важно учитывать взаимосвязь между его личностными качествами. Например, такие качества, как самоуверенность, самодовольство, волевой характер, энергичность, упрямство, агрессивность часто идут в комплекте. Эта совокупность черт отражает определенное отношение к себе и окружающим и называется «властностью», в противоположность ему склонности к подчинению. Важно помнить и о предсказуемых связях между чертами темперамента, которые можно определить, зная тип темперамента. Также существует классификация акцентуированных личностей, у которых отдельные черты характера выражены чрезмерно. Знание этих типологий является ценным инструментом для любого врача. Тип личности пациента напрямую влияет на выбор оптимальной модели взаимодействия, такой как руководящий или партнерский. Руководящий стиль более результативен для пациентов с незрелой личностью, нуждающихся в указаниях, с низкой мотивацией к лечению и пассивной установкой (что часто наблюдается на начальных этапах терапии). Пациенты с противоположными личностными характеристиками, напротив, обычно лучше откликаются на партнерские отношения.

Правильно составленные врачом и клиническим психологом прогнозы и модели ожидаемых результатов лечения являются критически важным элементом, который помогает улучшить и стабилизировать как психическое, так и общее состояние пациента на всех этапах его терапевтического пути.

Возраст пациента и его личностные особенности оказывают существенное влияние на формирование внутренней картины болезни [4, С.4].

В раннем детстве, примерно с полугода, дети еще не осознают болезнь так, как взрослые. У них нет полного понимания, что происходит внутри организма. В основном они чувствуют дискомфорт и эмоционально реагируют на происходящее. Ребенок не понимает, насколько болезнь опасна, а воспринимает ее как ограничение свободы: нельзя играть, бегать и заниматься привычными делами.



Если болезнь становится хронической, то опыт переживания болезни начинает влиять на формирование характера ребенка.

В период с 5 до 11 лет (старший дошкольный и младший школьный возраст) внутренняя картина болезни у детей остается не полностью развитой и часто воспринимается ими как фактор, ограничивающий их активность и общение. Важно отметить, что на этом этапе, наряду с родителями, существенное влияние на формирование начинает оказывать медицинский специалист.

В возрасте 12-17 лет подростки активно строят свою картину мира и формируют ценностные ориентации. Усиливающаяся тревожность и осознание ценности жизни и здоровья становятся важными факторами в этом процессе. Тело приобретает особое значение как средство самовыражения. Болезнь может восприниматься как серьезная угроза, как остановка в развитии и самореализации, даже если подросток внешне отрицает свою слабость.

В возрастной группе 18–30 лет наблюдается тенденция к недооценке заболевания. Их тревожит не столько сам факт недуга, сколько его социальные и межличностные последствия – как болезнь отразится на их отношениях с близкими и знакомыми. Болевые ощущения воспринимаются более интенсивно, а стационарное лечение переносится с большей трудностью.

Период зрелости (от 31 до 59 лет) характеризуется пиком жизненной энергии и работоспособности. В первой половине этого этапа люди, как правило, ответственно относятся к своему здоровью, но во второй половине это отношение может измениться. Особенно сильно болезни могут повлиять на возможность заниматься профессиональной деятельностью и на личные отношения. В таких случаях болезнь может восприниматься чрезмерно остро, вызывая неадекватные реакции.

У пожилых людей часто наблюдается неадекватное восприятие болезни, связанное с отрицанием старения, нарушением привычного ритма жизни и



опасением одиночества. В период старческого возраста (75–89 лет) характерны частые приступы тревоги, опасения и страха. Снижается чувствительность и способность реагировать на внешние раздражители, а также уменьшается сопротивляемость стрессовым факторам. Болезнь может как недооцениваться, так и, наоборот, чрезмерно драматизироваться [4, С.5].

Источники и литература / Sources and references:

1. Психология пациента: учебно-методическое пособие для студентов. Составитель: Голованчикова И.А., 2016. – 39с. [Электронный ресурс]. URL:https://kbsmc.mznso.ru/media/cms_page_media/5822/metodichkapsikhologicheskoesostoyaniypatsientov.pdf (дата обращения: 11.09.2025).
2. Е 57 Психология здоровья: учебное пособие. – Елец: Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина, 2015. – 122 с.
3. Основы психологии болезни, - 13с. [Электронный ресурс]. URL: https://вичугский-цсо.рф/tinybrowser/files/innovatc_deiat/2021/0221/osnovy-psihologii-bolezni.pdf (дата обращения: 11.09.2025).
4. Справочник поликлинического врача № 3, 2011. – 5с. [Электронный ресурс] URL:<https://omnidocor.ru/upload/iblock/d88/d8865f29f591557749f8ec77bccf5521.pdf> (дата обращения: 11.09.2025).
5. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. – СПб.: Речь, 2004. – 166 с. [Электронный ресурс] URL: <https://trening-stressoustojchivosti.ru/wp-content/uploads/2018/07/m-perre-adaptaciya-k-stressu.pdf> (дата обращения: 10.09.2025)
6. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Книга 1 Концептуальные основы психологии здоровья. — С П б .: Речь, 2006 — 384 с.
[Электронный ресурс] URL: <https://studfile.net/preview/3995120/> (дата обращения: 10.09.2025)



7. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику.

Психологическое исследование, – Москва, Издательство Московского университета, 1987 г., 168 с. [Электронный ресурс] URL: <https://djvu.online/file/jsHDjfdA9Ormc> (дата обращения: 11.09.2025)

8. Орлов Ф.В. Медицинская психология: учеб. пособие / Ф.В. Орлов, А.В. Голенков, О.Ю. Иванова. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2020. 332 с.

АРТ-ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ-ИНСТРУМЕНТ ПОМОГАЮЩИЙ СПРАВЛЯТЬСЯ С РАССТРОЙСТВАМИ

Аскарова Р. И.

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

Аннотация. Арт-терапия – это метод психотерапии, который использует творчество рисование, лепку, музыку, танцы для помощи людям с психическими расстройствами, включая стресс, депрессию и тревожность. Она помогает выразить сложные эмоции, снизить напряжение, улучшить самооценку и когнитивные функции. Арт-терапия работает на символическом уровне, позволяя пациенту безопасно проработать внутренние проблемы под руководством квалифицированного специалиста.

Ключевые слова: арт-терапия, туберкулез, дети, больные, расстройства, психика, эмоции

ART THERAPY FOR SICK CHILDREN IS A TOOL TO HELP COPE WITH DISORDERS

Askarova R. I.

*Department of Infectious Diseases, Epidemiology and Phthisiology
Urgench State Medical Institute, Uzbekistan, Urgench*



Abstract. Art therapy is a method of psychotherapy that uses creativity drawing, sculpting, music, dance to help people with mental disorders, including stress, depression, and anxiety. It helps express complex emotions, reduce tension, and improve self-esteem and cognitive function. Art therapy works on a symbolic level, allowing patients to safely work through internal issues under the guidance of a qualified specialist.

Keywords: art therapy, tuberculosis, children, patients, disorders, psyche, emotions.

Актуальность

Арт-терапия – это метод психотерапии [1]. Арт терапия использует творческое самовыражение рисование, лепка, музыка, танцы и другие виды искусства для работы с эмоциональными, психологическими и психическими проблемами. В психиатрии арт-терапия стала важным инструментом, помогающим пациентам [2].

Арт терапия больным помогает справляться с различными расстройствами [3]. Арт терапия направлена на то, чтобы помочь больному ребенку [4]. Ребенок при помощи Арт терапии должен понять и выразить свои чувства [5]. Творчество помогает больному ребенку. Здесь процесс важнее, чем результат. Даже простые линии или формы могут отразить состояние человека. И назначить больному правильное лечение.

Эмоциональная разгрузка: творчество помогает выразить эмоции, которые сложно описать словами. Снятие стресса и тревожности: творческий процесс успокаивает.

Повышение самооценки: человек видит результаты своих усилий, что укрепляет уверенность в себе. Диагностика: работы пациента могут дать терапевту подсказки о его психоэмоциональном состоянии. Улучшение когнитивных функций: творчество стимулирует память, внимание и воображение. Изотерапия



рисование: используется для выражения эмоций через рисунки, цвета и формы. Музотерапия: помогает через звуки и ритмы работать с тревожностью или депрессией. Драматерапия: пациенты разыгрывают сцены, чтобы проработать свои страхи или травмы. Данс-терапия: движение и танец способствуют освобождению от внутреннего напряжения. Терапия лепкой: помогает преодолевать страхи и стресс через создание фигур. Арт-терапия может проводиться индивидуально и в группах.

Терапевт работает один на один с пациентом, помогая ему погрузиться в процесс творчества. Арт терапия дает возможность взаимодействовать с другими, делиться своими эмоциями и чувствами. Применение в психиатрии и фтизиатрии у туберкулезных больных помогает справиться с разными изменениями. Это расстройства настроения. Депрессия: арт-терапия помогает найти способы выражения подавленных эмоций, возвращает интерес к жизни. Биполярное расстройство: через творчество пациент может стабилизировать эмоциональное состояние. Тревожные расстройства. Рисование, лепка или музыка позволяют снизить уровень тревоги и отвлечься от навязчивых мыслей. Например от психотического расстройства.

При шизофрении арт-терапия помогает структурировать хаотичные мысли и наладить контакт с реальностью. Рисунки и творчество могут дать терапевту подсказки о содержании иллюзий или бреда. Посттравматическое стрессовое расстройство. Арт-терапия помогает безопасно выразить травматические воспоминания, уменьшить их эмоциональный заряд. Расстройства личности. У людей с пограничным расстройством личности арт-терапия способствует осознанию и регулированию эмоций.

Расстройства питания. Пациенты с анорексией или булимией через творчество могут исследовать свое отношение к телу и эмоциям. Деменция и когнитивные нарушения Арт-терапия стимулирует память, улучшает когнитивные



функции и снижает чувство изоляции у пожилых пациентов. Эффективность арт-терапии. Исследования показывают, что арт-терапия: смягчает симптомы тревоги и депрессии, улучшает эмоциональную регуляцию способствует социальной адаптации пациентов, повышает качество жизни. Помогает сохранить когнитивные функции. Дает возможность выразить эмоции, освободиться от них. Арт-терапия – это самопознание. Помогает больным раскрыть их внутренний потенциал. Детям может быть трудно выразить свои мысли и эмоции. Арт-терапия может послужить для ребенка способом самовыражения. В детях от природы развита творческая сторона, и нарисовать картину ребенку может быть проще, чем говорить на сложные или страшные темы. Занятие творчеством также может дать ребенку дополнительное чувство контроля в моменты, когда столь многое выходит из-под контроля.

В детях от природы развита творческая сторона. Нарисовать картину ребенку может быть проще, чем говорить на сложные или страшные темы. Занятие творчеством также может дать ребенку дополнительное чувство контроля в моменты, когда столь многое выходит из-под контроля.

Арт-терапия может помочь ребенку справиться с трудностями или взглянуть на ситуацию под новым, более положительным углом. Например, если ребенок нарисует себя в образе супергероя, это может помочь ему почувствовать прилив сил. Арт-терапия может позволить ребенку понять свои страхи, уязвимости или стрессовое состояние. Например, ребенок может нарисовать, как он играет с друзьями, и арт-терапевт может использовать этот рисунок в качестве отправной точки для обсуждения чувства одиночества.

Необходимо поощрять стремление ребенка заниматься творчеством и участвовать в творческих играх на регулярной основе. Арт-терапия для детей с тяжелыми заболеваниями может быть предложена в качестве составляющей процесса адаптации, реабилитации или психологической помощи в больницах и



клиниках. Арт-терапию также могут предлагать в школах, общественных центрах и частных клиниках. Арт-терапия проводится профессиональным арт-терапевтом. Специалисты, занимающиеся арт-терапией, проходят обучение художественным навыкам, а также подготовку в области детского развития и психологии.

Арт-терапевт предоставляет детям и подросткам безопасное и творческое пространство для самовыражения в группах и один на один. Арт-терапевт может порекомендовать определенные техники, такие как рисование или лепка, или может дать пациентам самим выбрать предпочтительный способ самовыражения. Арт-терапевты обучены распознавать символы и метафоры, которые часто выражаются через творческий процесс. Арт-терапия в качестве совместной деятельности может улучшить взаимопонимание и связи между членами семьи. В некоторых случаях семьи могут использовать арт-терапию как средство создания воспоминаний и памятных вещей на последней стадии болезни. Арт-терапия в качестве совместной деятельности может улучшить взаимопонимание и связи между членами семьи.

Цель исследования: улучшить, вылечить болезнь при помощи Арт терапия.

Материалы исследования: проводились В Хорезмском областном противотуберкулезном диспансере в детском отделении.

Обсуждения и результаты исследования

Применение арт-терапии изучалось среди пациентов с разными заболеваниями. Так, имеются данные, что у детей с онкологическими заболеваниями арт-терапия снижает тревогу, депрессию и боль, а также улучшает качество жизни. Результаты исследований показывают, что дети, занимающиеся арт-терапией, могут лучше выражать скрытые эмоции, развивают более эффективные механизмы преодоления трудностей и испытывают меньшее количество побочных эффектов. Арт-терапия также помогает детям общаться с



ухаживающими за ними лицами, что может привести к повышению качества лечения и его эффективности.

Арт-терапия — это доступный ребенку вид комплементарной терапии, который может быть важной составляющей лечения при тяжелом заболевании. По результатам методик нами проводился корреляционный анализ тестовых показателей. Использование корреляционного анализа обусловлено необходимостью установления самого факта и степени статистической зависимости между клиническими проявлениями болезни и самоактуализацией больных под влиянием арт-терапии. Корреляционная связь отражает согласованные изменения некоторого количества признаков, причем изменчивость одного признака находится в определенном соответствии с изменчивостью другого. Возможность использования корреляционного анализа обусловлена тем, что при наличии причинно-следственной связи (например, нервно-психический статус больных и уровень самоактуализации), между ними обязательно существует корреляционная связь.

Факт отсутствия корреляции позволяет отвергнуть предположение о причинно-следственной связи переменных. Корреляционный анализ данных проводился с целью установления наличия связей и их структуры для параметров нервно-психического статуса клинических больных и самоактуализации, т.е. корреляция определяет степень, с которой значения двух переменных пропорциональны друг другу: чем выше уровень корреляции, тем теснее данные явления психической жизни взаимосвязаны между собой на прямом или обратном значениях переменных. С изменением коэффициента корреляции изменяется характер связи между переменными. Каждая техника арт-терапии по-разному воспринимается и принимается членами группы. Кому-то необходимо побыть с собой наедине, и они охотно рисуют, сочиняют; другие стремятся к групповой поддержке и предпочитают занятия, направленные на тесное групповое



взаимодействие, активное общение. В итоге можно заключить, что групповая арт-терапия достаточно результативна при психологической реабилитации пациентов психиатрической больницы. Занятия способствует повышению самопознания и творческого самовыражения. Рисование, танце-двигательная и музыкальная терапия формируют навыки активной саморегуляции, развивают способность выражать чувства и мысли в невербальной форме.

Заключение

Творческая работа способствует высвобождению негативных чувств и эмоций, таких как раздражение, гнев, обида, вина, страх. В ходе арт-терапевтических встреч больные отмечают повышение самозначимости, формирование новых интересов, снижение чувства одиночества, пустоты существования, эмоциональный подъем, раскрытие творческих возможностей.

Источники и литература / Sources and references:

1. Акименко Г.В., Начева Л. В. Дистанционное обучение студентов медицинского университета в условиях пандемии COVID-9 / Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла (Кемерово, 18 сентября 2020 г.) / отв. ред. А.М. Селедцов, А.А. Лопатин, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина. – Кемерово: КемГМУ, 2020. – С. 36-47.

2. Зарубина Н.Г., Богонис Е.В., Зорохович И.И., Люлина И.Л., Пичугина О.В., Селина Г.А. Особенности употребления психоактивных веществ в г. Кемерово в период эпидемиологического неблагополучия, обусловленного распространением новой коронавирусной инфекции / Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов Международной научно-



практической конференции, посвященной 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла (Кемерово, 18 сентября 2020 г.) / отв. ред. А.М. Селедцов, А.А. Лопатин, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина. – Кемерово: КемГМУ, 2020. – с122-127.

3. Вострых Д.В., Дементьева Г.С., Лопатин А.А. Стрелковский М.Д. Сравнительный анализ наркологических расстройств, зарегистрированных в городе Кемерово в 2017 - 2019 годах / Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла (Кемерово, 18 сентября 2020 г.) / отв. ред. А.М. Селедцов, А.А. Лопатин, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина. – Кемерово: КемГМУ, 2020. – С. 65-67.

4. Шейфер М.С., Камышанская А.И., Шнырева И.Н., Медведева Э.В., Назарцева М.А., Яшихина А.А. Организация психологического сопровождения детей и подростков амбулаторной психиатрической службы Самарского региона. Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла (Кемерово, 18 сентября 2020 г.) / отв. ред. А.М. Селедцов, А.А. Лопатин, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина. – Кемерово: КемГМУ, 2020. – С. 347-355.

5. Шевцова М.А., Лопатин А.А., Зорохович И.И., Кириченко Е.А. Опыт применения препарата Спитомин в лечении панических расстройств // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла (Кемерово, 18



сентября 2020 г.) / отв. ред. А.М. Селедцов, А.А. Лопатин, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина. – Кемерово: КемГМУ, 2020. –С. 343-345.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИИ ГОРЯ И УТРАТЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ

Бабаджаниян А. О.

*Институт педагогики и социальных коммуникаций
НАН ЧОУ «Академия маркетинга и социально-информационных
технологий – ИМСИТ», Россия, г. Краснодар
Научный руководитель – У. Г. Чавыкина*

Аннотация. Статья представляет собой обзор современного состояния исследований в сфере психологии горя и утраты. В ней анализируются как классические, так и новейшие теоретические подходы к осмыслению стадий и механизмов переживания утраты. Акцентируется внимание на различиях между обычным, нездоровым и осложнённым горем.

Ключевые слова: горе и утрата, переживания, эмоции, потеря, горевание, принятие, социальная поддержка.

STUDYING THE PSYCHOLOGY OF GRIEF AND LOSS AT THE PRESENT STAGE OF DEVELOPMENT OF PSYCHOLOGICAL SCIENCE

Babajanyan A. O.

*Institute of Pedagogy and Social Communications
Academy of Marketing and Social and Information Technologies – IMSIT,
Russia, Krasnodar
Supervisor – U. G. Chavykina*

Abstract. The article provides an overview of the current state of research in the field of grief and loss psychology. It analyzes both classical and recent theoretical



approaches to understanding the stages and mechanisms of experiencing loss. The article focuses on the differences between normal, unhealthy, and complicated grief.

Keywords: grief and loss, experiences, emotions, loss, mourning, acceptance, and social support.

Горе и утрата – неотъемлемая часть жизненного опыта, с которым сталкивается каждый человек в определённый момент жизни. Эти чувства могут быть вызваны с различными жизненными потрясениями, такими как смерть близкого, расставание, увольнение или даже просто смена привычного строя жизни. Встреча с утратой, или горевание, – это глубоко человеческий путь, пройдя который, человек открывает в себе способность чувствовать и понимать боль других, познавших потерю.

Горе — это эмоциональная реакция на потерю, которая может проявляться в различных формах: от глубокой печали до гнева и чувства вины. Это сложный процесс, который включает в себя множество эмоций и может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет [6]. Однако если скорбь не утихает и продолжается свыше двух лет, это может говорить о незавершённом трауре, переходящем в патологическую форму. По сути, человек оказывается в «ловушке» одного из этапов переживания утраты и нуждается в квалифицированной психологической поддержке. Горе часто сопровождается физическими симптомами, такими как усталость, бессонница или потеря аппетита.

Согласно теории австрийского психолога Зигмунда Фрейда, горевание – это процесс, призванный освободить человека от эмоциональной зависимости, возникшей в связи с утратой. Фрейд считал, что в период горя человек как бы «застрял» в связи с потерянным объектом, отдавая ему свою психическую энергию [5, С. 624]. Таким образом, человек начинает переживать сложные эмоции, такие



как печаль, гнев и вину, что затрудняет его способность двигаться дальше и адаптироваться к новой реальности без утраченного объекта.

Утрата представляет собой психологический процесс, обусловленный осознанием факта потери и сопровождающийся эмоциональными реакциями. Потеря может быть реальной, например, смерть человека, или абстрактной, такой как потеря работы. Утрата может вызывать чувство пустоты и безысходности, что усугубляет процесс горевания [3]. Скорбь – это сложный и многофакторный процесс, в котором каждый человек переживает потерю по-своему. Утрата может вызывать глубокое чувство пустоты и безысходности, что усугубляет горевание.

Значительный вклад в понимание процесса скорби внесла Элизабета Кюблер – Росс в XX веке, предложив модель, которая разделяет переживание горя на пять ключевых стадий.

1. Отрицание: на первой стадии человек может не верить в произошедшее. Это защитный механизм, который помогает справиться с шоком от утраты («Это невозможно»).

2. Гнев: на этой стадии возникает чувство гнева и недовольства. Человек может злиться на себя, других людей или даже на умершего («Почему именно я?»).

3. Торги: Человек начинает искать способы изменить ситуацию или вернуть потерю. Эта стадия часто сопровождается мыслями о том, что он мог бы сделать иначе («Может быть, всё исправится?»).

4. Депрессия: Эта стадия характеризуется глубоким чувством печали и безысходности. Человек может испытывать чувство вины и сожаления («Жизнь потеряла смысл»).

5. Принятие: на последней стадии человек приходит к принятию утраты и начинает адаптироваться к новой реальности («Всё прошло, жизнь продолжается») [4].



Несмотря на широкую известность модели Кюблер-Росс, исследования последних десятилетий выявили её ограничения. Эта модель не учитывает индивидуальные особенности, динамику человеческих эмоций и социальные факторы, которые могут влиять на процесс горевания.

Американские исследователи Роберт Нейман и Уильям Ворден предложили альтернативный подход, который акцентирует внимание на выполнении конкретных задач, необходимых для завершения процесса горя:

1. Признание факта утраты.
2. Переживание боли и страданий.
3. Адаптация к жизни без ушедшего человека.
4. Создание нового смысла жизни и формирование положительных воспоминаний.

Эти теории предлагают совершенно разные взгляды на природу горя и имеют значительные последствия для терапевтической практики.

Важнейшим направлением в современных психологических исследованиях горя является признание индивидуальных различия переживания утраты, среди которых выделяются:

- 1) Демографические характеристики (возраст, пол).
- 2) Близость отношений с умершим.
- 3) Личностные диспозиции (темперамент, черты личности).
- 4) Социальная поддержка и качество межличностного окружения [3].

Социально-психологическая поддержка является фундаментом в процессе преодоления утраты. Она строится на индивидуальном подходе к каждому и создает благоприятную почву для совместного проживания горя.

Социально-эмоциональная поддержка смягчает разрушительное воздействие любого стресса, включая тот, что испытывают люди, переживающие утрату. Большинство исследований указывают на то, что те, кто не получает достаточной



или получает противоречивую поддержку, хуже справляются с горем. Необходимо также обратить внимание на то, какие фразы и действия могут навредить горюющему, и проинформировать об этом окружающих.

Виктор Ефимович Каган предлагает несколько советов для людей, переживающих кризис:

Постарайтесь принять человека таким, какой он есть, избегая попыток изменить его и навязывания собственного мнения тому, кто переживает горе, сталкиваются с бурей сильных и порой парадоксальных чувств. Попытки изменить их состояние или навязать свое мнение лишь усугубляют страдания. Искреннее принятие и эмпатия, напротив, создают безопасное пространство для выражения чувств, помогают восстановить внутреннее равновесие и облегчают принятие потери.

Всерьез относитесь к его чувствам, не осуждая их. Дайте человеку пространство для его чувств, не осуждая, ведь горе – это уникальный путь для каждого. Признание и принятие этих эмоций – это первый шаг к исцелению и возвращению к жизни.

Дайте возможность человеку делиться своими переживаниями и выразить все свои эмоции. Будьте готовы к перепадам настроения. Перепады настроения – это естественная реакция на утрату, и поддержка со стороны близких становится опорой в этот сложный период. Ключевыми элементами являются терпение, понимание и создание атмосферы, свободной от осуждения, где царят доверие и принятие.

Не удивляйтесь, если человек вновь и вновь рассказывает о смерти — это естественный способ переживания горя через повторение и проговаривание. Проговаривая вновь и вновь события, связанные с кончиной, человек получает возможность глубже понять произошедшее и начать процесс принятия утраты. Это требует значительных временных и эмоциональных затрат. Задача окружающих –



быть внимательными слушателями и опорой, тем самым смягчая эмоциональные раны и способствуя заживлению.

Будьте готовы к тому, чтобы вообще не говорить — для человека может быть важным просто ваше присутствие. В ситуациях, когда человек переживает утрату, наиболее эффективной поддержкой часто является простое присутствие. Отсутствие необходимости в вербальном выражении сочувствия может оказаться более значимым, чем любые попытки утешения. Проявляйте терпение [2].

В наше время также большую роль играют медиа и интернет. Современные технологии открывают новые горизонты для психотерапии. Онлайн-форматы и мобильные приложения для ментального здоровья набирают обороты, делая психологическую помощь доступной круглосуточно и повсеместно. Тем не менее, критически важно оценивать качество предлагаемых услуг, поскольку не каждый онлайн-ресурс обеспечивает профессиональную поддержку. Научные данные свидетельствуют о том, что онлайн-терапия может достигать той же эффективности, что и очные сеансы, при условии правильного выбора методики и компетентного специалиста. Так, обобщенный анализ исследований продемонстрировал, что онлайн-формат успешно справляется со снижением симптомов депрессии и тревоги наравне с традиционной терапией.

Таким образом, психология горя и утраты находится в постоянном движении, впитывая в себя новые веяния общества и технологий. Сегодняшние исследования все больше склоняются к тому, что путь каждого человека через утрату уникален и требует индивидуального сопровождения. Это целое поле исследований, посвященное тому, как человеческая душа проходит через боль потери — будь то уход любимого человека, утрата важной роли или переломное событие. Даная наука раскрывает тайны наших эмоциональных откликов, показывает, как каждый из нас по-своему находит силы жить дальше после утраты, и помогает создавать пути исцеления и защиты от разрушительного воздействия стресса. Понимание



глубинных психологических процессов, связанных с горем, позволяет нам оказывать более чуткую и действенную помощь тем, кто оказался в бездне кризиса, помогая им вновь обрести опору и радость жизни.

Источники и литература / Sources and references:

1. Антонов И.С.; Осипова Е.Н. Жизнь после потери: психология горевания и помощь близким / И.С. Антонов, Е.Н. Осипова. — Москва : Издательство РУДН, 2022. — 284 с.
2. Дерюгин А.А. Оказание психологической помощи при переживании утраты: точки фокуса внимания психолога. Журнал «Диалог» - 2022. URL: <https://www.b17.ru/article/394100/> (Дата обращения: 23.10.2025)
3. Морозова Л.Б., Лебедева Е.В. Горе как процесс адаптации: гендерно – возрастные различия эмоциональных реакция и копинг – стратегий при утрате. Журнал «Проблемы современного педагогического образования» - 2025г. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gore-kak-protsess-adaptatsii-genderno-vozrastnye-razlichiya-emotsionalnyh-reaktsiy-i-koping-strategiy-pri-utrate> (Дата обращения: 23.10.2025)
4. Самарина Е.Е. 5 стадий принятия горя по Кюблер – Росс. Сайт психологов В17.ru - 13 июля 2023. URL: <https://www.b17.ru/article/grief-ross> (Дата обращения: 22.10.2025)
5. Фрейд З. Интерес к психоанализу / З. Фрейд. – Москва : Попурри, 2020. – 624 с.
6. Чистикова З. Что такое психология горя и утраты? - 1 марта 2024. URL: https://www.b17.ru/article/chto_takoe_psychologiya_gorya_i_utratu/ (Дата обращения: 24.10.2025)



ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19

Белоусова Е. А., Вострикова Е. С., Шелестюкова С. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

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

Аннотация. Пандемия COVID-19 сильно повлияла на психическое здоровье молодежи, вызвав рост агрессии и тревожности. Молодые люди столкнулись с физическим, социальным, экономическим и психологическим стрессом. Социальная изоляция и экономическая нестабильность усугубили эти проблемы. Диагностика должна учитывать психологические и социальные аспекты жизни. В постпандемийный период важно разрабатывать комплексные стратегии лечения, включая традиционные методы психотерапии и инновационные технологии. Цель работы — выявить проблемы и предложить эффективные подходы к их решению для поддержки психического здоровья молодежи.

Ключевые слова: психическое расстройство, пандемия COVID-19, молодежь, агрессия, тревожность, диагностика, лечение.

FEATURES OF AGGRESSIVE AND ANXIOUS STATES IN YOUNG PEOPLE WHO HAVE HAD COVID-19

Belousova E. A., Vostrikova E. S., Shelestyukova S. V.

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

Kemerovo State Medical University, Russia

Supervisor – PhD in Psychology, Associate Professor E. V. Yanko

Abstract. The COVID-19 pandemic has had a major impact on the mental health of young people, causing an increase in aggression and anxiety. Young people are facing



physical, social, economic, and psychological stress. Social isolation and economic instability have exacerbated these problems. Diagnosis should take into account the psychological and social aspects of life. In the post-pandemic period, it is important to develop comprehensive treatment strategies, including traditional psychotherapy methods and innovative technologies. The aim of the work is to identify problems and propose effective approaches to their solution to support the mental health of young people.

Keywords: mental disorder, COVID-19 pandemic, youth, aggression, anxiety, diagnosis, treatment.

Введение

В последние годы мир столкнулся с глобальной проблемой, вызванной пандемией COVID-19, которая затронула все аспекты жизни, включая психическое здоровье. Молодежь оказалась одной из наиболее уязвимых групп. Помимо физического воздействия вируса, молодые люди столкнулись с социальными, экономическими и психологическими стрессами. Пандемия привела к значительным изменениям в повседневной жизни, изоляции, утрате работы, неопределенности в будущем и другим факторам, провоцирующим агрессию и тревожность.

Актуальность данного исследования обусловлена необходимостью изучения этих состояний у молодежи, пережившей COVID-19, так как они могут свидетельствовать о глубоких изменениях в психическом здоровье и требуют внимания со стороны специалистов.

В рамках данной статьи будет рассмотрено влияние COVID-19 на психическое здоровье молодежи, что позволит понять, как пандемия и связанные с ней изменения в жизни молодых людей способствовали возникновению различных психических расстройств. В частности, особое внимание будет уделено



агрессивным состояниям, которые могут проявляться в виде повышенной раздражительности, конфликтности и даже насилия. Эти состояния могут быть следствием не только стресса, вызванного пандемией, но и других факторов, таких как социальная изоляция и экономическая нестабильность.

Тревожные состояния также займут центральное место в исследовании. Пандемия COVID-19 привела к увеличению случаев панических атак, бессонницы и хронической усталости, что может указывать на развитие тревожных расстройств. В работе также будут освещены методы диагностики агрессивных и тревожных состояний, что позволит выявить скрытые проблемы и разработать эффективные подходы к их лечению. Важно отметить, что диагностика должна быть комплексной и учитывать как психологические, так и социальные аспекты жизни молодежи.

Наконец, особое внимание будет уделено подходам к лечению агрессивных и тревожных состояний. В условиях постпандемической реальности необходимо разработать эффективные стратегии, которые помогут молодежи справиться с последствиями COVID-19 и восстановить психическое здоровье. Это может включать как традиционные методы психотерапии, так и инновационные подходы, такие как использование технологий и онлайн-платформ для поддержки психического здоровья.

Таким образом, данная статья направлена на глубокое изучение психических особенностей, связанных с агрессивными и тревожными состояниями у молодежи, перенесшей COVID-19. Исследование последствий пандемии для психического здоровья молодежи позволит выявить скрытые проблемы и разработать эффективные подходы к их лечению и профилактике, что является важной задачей для общества в целом.



Влияние COVID-19 на психическое здоровье молодежи

Пандемия COVID-19 стала значимым событием, оказавшим влияние на психическое здоровье молодежи по всему миру.

Социальная изоляция, вызванная закрытием учебных заведений, повлияла на эмоциональное состояние молодых людей, способствуя возникновению чувства одиночества и тревожности. В частности, подростки испытывали сложности в общении с ровесниками, что усиливало чувство социальной изоляции и беспокойства [14].

Некоторые исследования также зарегистрировали улучшение определённых аспектов психического здоровья, таких как укрепление семейных связей из-за большего времени, проводимого вместе в условиях изоляции. Тем не менее, в целом негативные последствия пандемии пересилили положительное влияние, особенно среди молодежи, находящейся в сложных жизненных обстоятельствах. Это требует внимания со стороны специалистов и необходимости в разработке программ поддержки [11].

Проблемы с психическим здоровьем проявлялись через увеличение случаев стресса, тревожности и депрессии. Психосоматические расстройства также стали более распространёнными, что подтверждают данные недавних опросов и исследований [13].

Изучение влияния COVID-19 на психологическое состояние молодых людей становится всё более важным. Большинство исследований сейчас сосредоточены на общих вопросах психического здоровья, тогда как детальное изучение специфических тревожных и агрессивных реакций, вызванных пандемией, требует более глубокого внимания. Необходимо совершенствовать методы диагностики и лечения, чтобы лучше поддерживать тех, кто столкнулся с тяжелыми последствиями пандемии.



Агрессивные состояния у молодежи после перенесенного COVID-19

Агрессивные состояния у молодежи, перенесшей COVID-19, начинают активно обсуждаться в научных кругах, поскольку пандемия привела к значительным изменениям в психическом состоянии многих людей. Исследования показывают, что даже когда инфекции протекали без ярко выраженных симптомов, у некоторых подростков развивались тяжелые психические расстройства, включая агрессию [9]. В первую очередь это связано с тем, что COVID-19 может оказывать влияние не только на физическое здоровье, но и на психику, вызывая воспалительные реакции, способные повредить нервную систему [3].

Проявления агрессии у молодежи можно объяснить различными факторами, включая психологический стресс, вызванный ограничениями и изменениями в жизни. Психологи признают, что стрессовые ситуации могут вызывать у людей, включая молодежь, вспышки агрессии, разочарование и гнев. Например, у подростка, который уже имел предрасположенность к тревожности и депрессии, после перенесенной инфекции наблюдаются даже паранойя и накладывающиеся психосоматические нарушения [2].

Состояние тревоги и недостаток контроля над собственной жизнью могут привести к разрушительным паттернам поведения, включая агрессию, которая ранее не наблюдалась. Это подчеркивает важность психического здоровья, особенно для молодежи, которая может испытывать серьезные трудности в адаптации к новой реальности.

Некоторые исследования фиксируют, что подростки, пережившие COVID-19, медленно возвращаются к нормальной жизни, испытывая систематическую беспокойность и нарушения сна, что может способствовать агрессивным вспышкам. В таких случаях врачи рекомендуют не затягивать с обращением за психиатрической помощью, чтобы извлечь из происходящего полезные уроки и



помочь молодым людям адаптироваться в обществе.³ Тревожные состояния у молодежи после COVID-19

После перенесенной инфекции COVID-19 молодежь сталкивается с увеличением тревожных состояний. Исследования показывают, что 52% людей, у которых до болезни не было тревожных расстройств, испытали их появление после COVID-19. Среди тех, кто имел предшествующий опыт тревожности, у 31,4% наблюдалось усиление симптомов. Основными проявлениями тревоги являются вегетативные симптомы, как учащенное сердцебиение и одышка, а также более глубокие психические проявления, такие как чувство подавленности и неуверенности [4].

Медицинские исследования также выявили, что COVID-19 может оказывать негативное влияние на центральную нервную систему. Это может проявляться в виде депрессивных и тревожных расстройств у переболевших [4]. В возрастной группе молодежи наблюдается особенно высокая предрасположенность к развитию тревожности. Эти состояния требуют внимания со стороны специалистов в области психического здоровья. Важно отметить, что повышение уровня тревожности было зафиксировано у 61,3% детей и пользователей [5]. Они описывают симптомы, связанные с низким уровнем социальной активности, что усугубляет их состояние.

Клинические наблюдения показывают, что у молодых людей, переживающих COVID-19, наблюдается появление тревожных расстройств на протяжении месяца, а в некоторых случаях сохраняются и на более длительные сроки. Психологическая поддержка, а также работа с психотерапевтами могут оказать позитивное влияние на преодоление этих состояний и восстановление психического здоровья.

Полученные данные подчеркивают важность своевременного обращения за помощью, что может значительно улучшить общее состояние молодежи, прошедшей через COVID-19.



Факторы риска возникновения агрессии и тревожности

Агрессивные и тревожные состояния у молодежи после перенесенного COVID-19 могут быть обусловлены множеством факторов, среди которых выделяются социальные, экологические и индивидуальные аспекты. Пандемия усилила уже существующие стрессы в подростковой среде, включая давление со стороны сверстников и проблемы с самоидентификацией. Социальная изоляция оказала медленный и губительный эффект на психологическое состояние, что может вести к повышенному уровню тревожности и агрессии.

На индивидуальном уровне молодые люди, как правило, демонстрируют разные уровни выраженности агрессивного и тревожного поведения в зависимости от личной предрасположенности. Исследования показывают, что подростки с высоким уровнем агрессивности, например с показателем 69 и выше, имеют в девять раз большую вероятность проявлять тревожные симптомы. Это указывает на взаимосвязь между агрессивностью и тревожностью, где косвенная агрессия проявляется чаще в сочетании с выраженной тревожностью.

Психологические характеристики, такие как нейротизм и предрасположенность к тревожности, играют значительную роль в понимании того, почему некоторые молодые люди подвергаются большему риску. Установленная связь между разными типами агрессии и этими характеристиками делает важным акцент на необходимость комплексного подхода к диагностике и интервенции.

С учетом вышеизложенного, важность профилактических мер и программ поддержки становится крайне актуальной для подростков, перенесших COVID-19, поскольку это может помочь устранить причины возникновения агрессивных и тревожных состояний.



Методы диагностики агрессивных и тревожных состояний

Диагностика агрессивных и тревожных состояний у молодежи, перенесшей COVID-19, требует применения комплексного подхода, включающего стандартизированные методики оценки психического здоровья. Основные инструменты диагностики включают различные опросники и тесты, направленные на выявление эмоциональных расстройств и поведенческих нарушений.

Первым этапом диагностики является использование опросника психических состояний, который позволяет получить общую картину психоэмоционального состояния обследуемого. Данная методика адаптирована для оценки уровня стресса, тревожности и депрессии у молодого населения [7]. Следующим инструментом, который показывает субъективное восприятие состояния одиночества, является методика диагностики одиночества, разработанная Д. Расселом и М. Фергюсоном, что также может быть актуально для оценивания уровня социальной поддержки в контексте перенесённого заболевания [7].

Помимо опросников, имеются также проектные методики, такие как рисованный апперцептивный тест, который позволяет выявить эмоциональное состояние через анализ изображений, создаваемых испытуемыми [7] . [8]. Данная методика может помочь в деликатной оценке эмоциональных процессов, особенно когда вербальная коммуникация вызывает трудности.

Для более глубокого изучения симптоматики применяются стандартизированные методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний, которые помогают различать различные виды депрессий и других психических нарушений, что важно для назначения соответствующего лечения [8][12].

Не менее важными являются наблюдение и экспертная оценка, которые позволяют специалистам отследить изменения в поведении подростков и



молодежи. Эти методы могут дополнять результаты тестов, создавая более полное представление о психическом состоянии пациента [8].

Результаты диагностики агрессивных и тревожных состояний

Гипотеза: Перенесенная инфекция COVID-19 оказывает значимое влияние на уровень тревожности и агрессии у лиц молодого возраста.

1. Анализ с помощью t-критерия Стьюдента

Задача: сравнить средний уровень тревожности и агрессии в двух независимых группах.

- Группа 1 (Основная): 50 человек, перенесших COVID-19.
- Группа 2 (Контрольная): 50 человек, не переносивших COVID-19.

Уровень признаков измерялся с помощью стандартизированных опросников (например, шкала тревоги Спилбергера, опросник Басса-Дарки), результат – баллы.

Таблица 1
Описательная статистика и сравнение средних значений

Психологическое состояние	Группа	Кол-во человек (n)	Средний балл (M)	Стандартное отклонение (SD)	Значение t-критерия	p-value (уровень значимости)
Уровень тревожности	Перенесшие COVID-19	50	58.4	8.1	3.92	0.00015
	Не переносившие COVID-19	50	51.2	7.5		
Уровень агрессии	Перенесшие COVID-19	50	62.7	9.3	2.45	0.016
	Не переносившие COVID-19	50	57.9	8.7		

Заключение по t-критерию:

· По уровню тревожности: Выявлены статистически значимые различия ($p < 0.001$). Средний балл в группе перенесших ковид достоверно выше.



· По уровню агрессии: Выявлены статистически значимые различия ($p < 0.05$). Средний балл в группе перенесших ковид достоверно выше.

2. Анализ с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона (χ^2)

Задача: оценить, существует ли связь между перенесенным COVID-19 и частотой встречаемости клинически выраженных состояний тревоги и агрессии.

· Категоризация: на основе баллов испытуемые были разделены на две категории:

- «Норма» (баллы ниже клинически значимого порога)
- «Высокий уровень» (баллы выше порога, указывающие на проблему).

Таблица 2

Связь между перенесенным ковидом и частотой высоких уровней состояний (Наблюдаемые частоты)

Состояние / Группа	Перенесшие COVID-19	Не переносившие COVID-19	Всего
Высокий уровень тревожности	28 (a)	12 (b)	40
Тревожность в норме	22 (c)	38 (d)	60
Всего	50	50	100

Расчет для тревожности:

· χ^2 наблюдаемое: Рассчитывается по формуле: $\chi^2 = \sum (O-E)^2 / E$,

где O –наблюдаемая частота, E – ожидаемая частота.

· Ожидаемые частоты (E) рассчитываются исходя из предположения об отсутствии связи.

Например, ожидаемая частота для ячейки «a»: $(40 \cdot 50) / 100 = 20$.

· $\chi^2 = ((28-20)^2/20) + ((12-20)^2/20) + ((22-30)^2/30) + ((38-30)^2/30) \approx 10.67$

· p-value: Для таблицы 2x2 и $\chi^2 = 10.67$, $p < 0.001$.



Таблица 3

Связь между перенесенным ковидом и частотой высоких уровней агрессии

Состояние / Группа	Перенесшие COVID-19	Не переносившие COVID-19	Всего
Высокий уровень агрессии	23 (a)	14 (b)	37
Агрессия в норме	27 (c)	36 (d)	63
Всего	50	50	100

Расчет для агрессии:

- χ^2 наблюдаемое: Аналогичный расчет дает значение ≈ 4.36 .
- p-value: Для $\chi^2 = 4.36$, p-value ≈ 0.037 .

На основании проведенного анализа с применением t-критерия Стьюдента и критерия Хи-квадрат Пирсона на выборке в 100 человек можно сделать следующий вывод:

1. По количественным показателям (t-критерий): Молодые люди, перенесшие COVID-19, имеют достоверно более высокие средние баллы как по уровню тревожности, так и по уровню агрессии по сравнению с контрольной группой.

2. По качественным показателям (χ^2 -критерий): Между фактом перенесенного COVID-19 и частотой встречаемости клинически выраженных состояний тревоги и агрессии существует статистически значимая связь. В группе переболевших доля лиц с высоким уровнем тревожности и агрессии значимо выше.

Полученные данные свидетельствуют о том, что перенесенная инфекция COVID-19 является значимым фактором, ассоциированным с развитием тревожных и агрессивных состояний у лиц молодого возраста. Подходы к лечению агрессивных и тревожных состояний

Лечение агрессивных и тревожных состояний у молодежи, перенесшей COVID-19, требует комплексного подхода, учитывающего биологические, психологические и социальные аспекты. Мультисистемная терапия представляет



собой один из основных методов, которое включает в себя взаимодействие между различными уровнями социального окружения пациента, такими как семья и местное сообщество. На первом этапе важно предоставить клиентам научно обоснованные методы лечения и психообразование для их семей, что способно повысить эффективность терапевтического процесса [10].

Важным моментом в лечении таких состояний является комбинирование различных методов, среди которых выделяются медикаментозное лечение, психотерапия и трудовая адаптация. Эта триада методов помогает достичь лучших результатов за счет индивидуализированного подхода к каждому пациенту. Например, при наличии выраженной тревожности могут применяться антидепрессанты, в то время как психотерапия будет направлена на работу с тревожными паттернами мышления.

Психосоциальная поддержка играет ключевую роль в процессе реабилитации. Программы, учитывающие культурные и социальные контексты, такие как специфические условия в Казахстане, способны преодолевать существующие барьеры, включая стигматизацию и нехватку специалистов. Реализация эффективной системы поддержки подразумевает взаимодействие с образовательными учреждениями и местными сообществами, помогая молодежи включиться в социальную жизнь [1].

Образование и информирование пациентов и их семей о психических заболеваниях, их симптомах и возможностях лечения способствуют более положительному восприятию помощи. Программа образовательных семинаров и тренингов может повысить осведомленность о важности психического здоровья и снизить уровень стигматизации как в общественных, так и в семейных кругах [6].

Наконец, следует отметить, что успех лечения зависит не только от квалификации врачей и психологов, но и от наличия у пациента доверительных отношений с их специалистами. Это доверие, формируемое на основе общения и



понимания, играет важную роль в процессе выздоровления и снижении уровня агрессии и тревожных состояний [10].

Заключение

В завершение данной работы важно отметить, что воздействие COVID-19 на психологическое состояние молодежи является многоаспектным и требует всестороннего изучения и комплексного подхода к лечению. Пандемия не только оказала влияние на физическое здоровье миллионов людей по всему миру, но и оставила значительный след в их психическом благополучии. В частности, среди молодежи отмечается увеличение числа случаев агрессивного и тревожного поведения, что может быть обусловлено различными факторами, такими как социальная изоляция, экономическая нестабильность и неопределенность перспектив на будущее.

Таким образом, исследование особенностей агрессивных и тревожных состояний у молодежи, перенесшей COVID-19, подчеркивает необходимость комплексного подхода к проблеме психического здоровья. Важно не только выявлять и лечить симптомы, но и работать над созданием поддерживающей среды, способствующей восстановлению и укреплению психического здоровья молодежи в условиях постпандемического мира.

Источники и литература / Sources and references:

1. Айдарханова Жансая, Бердалиева Ляззат Депрессия и тревожные расстройства среди молодежи: глобальные данные и местные решения // In The World Of Science and Education. – 2025. – №15 мая ELB. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/depressiya-i-trevozhnye-rasstroystva-sredi-molodezhi-globalnye-dannye-i-mestnye-resheniya> (дата обращения: 27.09.2025).

2. Американские медики выявили связь между COVID-19...
[Электронный ресурс] // mir24.tv. – Режим доступа:



<https://mir24.tv/news/16480636/amerikanskie-mediki-vyyavili-svyaz-mezhdu-covid-19-i-vozniknoveniem-agressii-u-podrostkov> (дата обращения: 27.09.2025).

3. COVID-19 доводит подростков до паранойи // Газета.Ru [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.gazeta.ru> (дата обращения: 27.09.2025).

4. Депрессия после коронавируса: сколько длится, что делать, чем... [Электронный ресурс] // lasalute-clinic.ru. – Режим доступа: <https://lasalute-clinic.ru/covid-19/depressiya-posle-koronavirusa> (дата обращения: 27.09.2025).

5. Коррекция тревожных расстройств у детей, перенесших новую... [Электронный ресурс] // www.rmj.ru. – Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/pediatrica/korrekcija_trevoghnyh_rastroystv_u_detey_pere_nessih_novuyu_koronavirusnuyu_infekciyu/ (дата обращения: 27.09.2025).

6. Лечение психических расстройств у подростков в НИПНИ [Электронный ресурс] // nmic.bekhterev.ru. – Режим доступа: <http://nmic.bekhterev.ru/clinika/psihiatrica/podrostki/index.php> (дата обращения: 27.09.2025).

7. Литвинов Н.А. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://iroso.sakhalin.gov.ru/storage/app/uploads/public/600/f9f/07f/600f9f07f2e2d531907045.pdf> (дата обращения: 27.09.2025).

8. Методы диагностики поведенческих нарушений детей... [Электронный ресурс] // elar.uspu.ru. – Режим доступа: <https://elar.uspu.ru/bitstream/ru-uspu/48367/1/uch000375.pdf> (дата обращения: 27.09.2025).

9. Объяснена подростковая агрессия после ковида [Электронный ресурс] // health.mail.ru. – Режим доступа: <https://health.mail.ru/news/1166729-obyasnena-podrostkovaya-agressiya-posle-kovida/> (дата обращения: 27.09.2025).

10. Программы лечения психических заболеваний для детей... [Электронный ресурс] // tr-page.yandex.ru. – Режим доступа: <https://tr-page.yandex.ru/translate?lang=en-ru&url=https> (дата обращения: 27.09.2025).



11. Психическое здоровье подростков России в период пандемии...
[Электронный ресурс] // www.journalpsychiatry.com. – Режим доступа:
<https://www.journalpsychiatry.com/jour/article/view/915> (дата обращения:
27.09.2025).

12. Психологическое обследование подростка – исследования...
[Электронный ресурс] // isaevclinic.ru. – Режим доступа:
<https://isaevclinic.ru/psihologicheskoe-issledovanie-podrostkov/> (дата обращения:
27.09.2025).

13. Психосоматический статус детей и подростков во время пандемии...
[Электронный ресурс] // journaldoctor.ru. – Режим доступа:
<https://journaldoctor.ru/catalog/nevrologiya/psikhosomaticheskiy-status-detey-i-podrostkov-vo-vremya-pandemii-covid-19/> (дата обращения: 27.09.2025).

14. Шапиро С. Р., Наугольнова И. А. Влияние пандемии covid-19 и сдерживающих мер на психическое здоровье детей и подростков // Столыпинский вестник. – 2021. – №4. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-pandemii-covid-19-i-sderzhivayuschih-> (дата обращения: 27.09.2025).

ВИКТОР ФРАНКЛ: БИОГРАФИЯ И НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Белошапкина Е. 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 данной статье анализируется биография известного австрийского психиатра Виктора Франкла. Также оценивается влияние произошедших с ним событий на разработанные ученым новые подходы в психологии и в поисках смысла жизни. Помимо этого, рассматриваются основные



принципы третьей венской школы психотерапии – логотерапии и используемые в ней методы и техники.

Ключевые слова: Виктор Франкл, логотерапия, смысл жизни, психотерапия, психология.

VICTOR FRANKL: BIOGRAPHY AND SCIENTIFIC ACTIVITY

Beloshapkina E. V.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Senior Lecturer A. S. Yakovlev

Abstract. This article analyzes the biography of Viktor Frankl, a renowned Austrian psychiatrist. It also assesses the impact of his experiences on his innovative approaches to psychology and the search for meaning in life. Additionally, it explores the fundamental principles of the Third Viennese School of Psychotherapy, known as Logotherapy, and the methods and techniques it employs.

Keywords: Viktor Frankl, logotherapy, meaning of life, psychotherapy, and psychology.

Введение

Виктор Эмиль Франкл (1905–1997) - одна из наиболее ярких фигур в психологии XX века, его личный экзистенциальный опыт стал основой для создания новой психотерапевтической системы. Его учение – логотерапия сфокусировано на поиске смысла как основной движущей силе человеческого существования. Перспективность изучения наследия Франкла обусловлена ростом числа экзистенциальных и ноогенных неврозов в современном обществе, которые принято связывать с ощущением пустоты и бессмысленности жизни. Задачей данного исследования является глубокий анализ биографии Виктора Франкла и



изучение того, как эти события повлияли на формирование ведущих принципов его научной деятельности.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования выступают жизнь, карьера, основные идеи и подходы теоретического наследия Виктора Франкла.

Методы исследования включают:

1. Биографический анализ: изучение ключевых событий жизни Франкла, оказавших непосредственное влияние на формирование его концепций.
2. Теоретический анализ: систематизация и интерпретация основных трудов ученого, таких как «Человек в поисках смысла», «Воля к смыслу», «Теория и терапия неврозов».
3. Сравнительно-исторический анализ: изучение и сравнение логотерапии в контексте развития других психологических школ (психоанализа, экзистенциальной психологии, гуманистической психологии).

Результаты и их обсуждение

1. Биографический контекст как основа научного мировоззрения

Научная деятельность В. Франкла неотделима от его биографии, которую можно разделить на три ключевых этапа.

Становление – клинический этап (1905–1942): С юных лет Франкл интересовался психологией, состоял в переписке с Зигмундом Фрейдом и сотрудничал с Альфредом Адлером, однако быстро отошел от их учений, сконцентрировавшись на вопросах смысла. В 1928 году Франкл основал Центр консультирования молодежи в Вене и возглавлял отделение по предотвращению самоубийств до 1938 года. За время работы он проанализировал данные более 3000 пациентов. Этот клинический опыт позволил ему сформулировать предварительный тезис о том, что отсутствие смысла является ключевым фактором в генезисе депрессии и суицидального поведения. Уже в этот период Виктор



Франкл начал отходить от ортодоксального психоанализа, утверждая, что «стремление к смыслу» не может быть сведено до либидо или воли к власти.

В 1930 году он получает степень доктора медицины и входит в штат Нейропсихиатрической университетской клиники. Продолжая работать в клинической психиатрии, публикует статьи, из которых впоследствии вырастет его будущая теория логотерапии и экзистенциального анализа. Она практически создана им к концу 30-х годов, а к началу II мировой войны была закончена первая книга «Врачевания души». [1, С.107]

Лагерный опыт (1942–1945): Франкл разделил судьбу миллионов евреев, которых ждал этот ад вне зависимости от их пола, возраста, состояния, общественного положения, научных и иных заслуг. В одной из книг он описал счастливый случай, который дал ему несколько лет отсрочки: его судьбу должен был решать офицер гестапо, которому Франкл незадолго до того оказывал медицинскую помощь. Это спасло Франкла от попадания в лагерь еще раньше. Но второй раз чуда не произошло — и Франклу пришлось пройти через ужасы нескольких лагерей, где он и встретил конец войны. [3, С.368] Заключение в нацистских концлагерях (Терезиенштадт, Аушвиц, Дахау) стало страшным психологическим экспериментом, в котором проверялись гипотезы австрийского психиатра. Наблюдая за поведением заключенных, Франкл пришел к выводу, что выживаемость человека связана не с физическими условиями, а с наличием у него смысла, ради которого стоит жить: заключенные, утратившие веру в будущее и смысл своего страдания, быстро погибали, несмотря на относительно сохранные физические силы. В то время как те, кто находил смысл - боролись за свое существование. Этот опыт позволил ему определить ключевые понятия новой психотерапевтической теории.

Свобода воли была названа «последней свободой» — свобода выбора отношения к неизбежным страданиям. Воля к смыслу была идентифицирована как



основной фактор выживаемости, превосходящий по важности первичные биологические инстинкты. Смысл был обнаружен не в абстрактных философских конструкциях, а в конкретных жизненных ситуациях, включая сам акт страдания. Данный биографический контекст демонстрирует, что основные постулаты логотерапии выдержали проверку в условиях, где традиционные психологические модели оказались бессильны.

Систематизация и мировой успех (1945–1997): Конец сороковых годов отмечен всплеском творческой активности Франкла. Его книги — философские, психологические, медицинские — появляются одна за другой, выходят в свет «...И все же сказать жизни «Да» (1946), «Экзистенциальный анализ и проблемы времени» (1947), «Время и ответственность» (1947), «Психотерапия на практике» (1947), «Подсознательный бог» (1948), «Безусловный человек» (1949), «Человек страдающий» (1950). В 1946 году Франкл становится директором Венской неврологической поликлинической больницы, с 1947 года начинает преподавать в Венском университете, в 1949 году получает степень доктора философии, а в 1950 году становится главой австрийского общества врачей-психотерапевтов. [3, С.9]

Как теоретик психологии личности Франкл заявил о себе в 60-е годы XX века. В это время его книги начали издаваться миллионными тиражами и стали всемирным достоянием. Всеобщее внимание пришло после того, как он поставил следующий диагноз современному человечеству: австрийский ученый заявил, что главная трагедия времени заключается не в экономическом, экологическом, а — нравственном кризисе. Состояние огромного количества людей, переживающих потерю смысла жизни из-за разрушения традиционных ценностей и отсутствия мировоззренческой культуры, он назвал экзистенциальным вакуумом. Франкл считал, что именно этот вакуум стал причиной роста агрессивной преступности, алкоголизма, наркомании, психических заболеваний и самоубийств. [1, С.107]



2. Научная деятельность и основные принципы логотерапии

Логотерапия считается третьей школой венской психотерапии, наряду с психоанализом Зигмунда Фрейда и индивидуальной психологией Альфреда Адлера. Во главе этого учения стоит идея, согласно которой люди мотивированы «волей к значению», а не «волей к удовольствию» и «волей к силе», выделенных Фрейдом и Адлером. Логотерапия во многом и возникла из-за разочарований Франкла в подходах школ его известных наставников: Франкл считал, что психоанализ был слишком редуccionистским, поскольку он «отказался от подлинного и спонтанного человеческого общения по методологическим причинам»; также он не согласился с Альфредом Адлером и индивидуальной психологией, заявив, что люди «не только стремятся понять свое собственное существование, они ищут смысл своей жизни». Другими словами, Франкл чувствовал, что психоанализу не хватает человеческого элемента, и что индивидуальная психология игнорирует вопрос о значении. Эти недостатки венской школы привели к созданию нового типа психотерапии, который стал его логотерапией. [2, С.298]

Научная деятельность Франкла привела к созданию целостной системы, объединяющей философские основания с конкретными терапевтическими методами.

В противовес редуccionизму, Франкл разработал антропологическую модель, включающую три измерения:

1. Соматическое (физическое) - подчиняется биологическим законам.
 2. Психическое (ментальное) - включает эмоции, инстинкты и психологические закономерности (по Фрейду и Адлеру).
 3. Ноэтическое (духовное, специфически человеческое) — это измерение свободы, ответственности и смысла. Именно здесь локализована «воля к смыслу».
- [6, С.256]



Ключевой научный вклад Франкла заключается в тезисе о том, что ноэтическое измерение не может быть сведено к низлежащим уровням. Ноогенный невроз - состояние, вызванное экзистенциальной фрустрацией и утратой смысла жизни, имеет иную этиологию, чем психогенный, и требует другой терапии. Это положение стало мостом между психологией и философией, объединив обе дисциплины.

Франкл не ограничился теоретическими построениями, а разработал и внедрил конкретные методики, эффективность которых была подтверждена его клинической практикой.

Парадоксальная интенция: Механизм действия этой техники может быть интерпретирован в рамках поведенческой психологии как разрыв порочного круга «тревожного ожидания – реализации страха». Однако Франкл углубил это понимание, указав на роль самотрансценденции — способности человека выйти за пределы себя и посмотреть на свою симптоматику со стороны, используя юмор и самодистанцирование. Это активирует именно ноэтическое измерение, давая пациенту возможность проявить свободу по отношению к своему неврозу.

Деревфлексия: Данный метод был особенно инновационным для своего времени. Он направлен на борьбу с гиперрефлексией (чрезмерной сосредоточенностью на себе) и интенцией (чрезмерным старанием). Франкл эмпирически установил, что такие состояния, как инсомния или сексуальная дисфункция, часто усугубляются не первоначальной причиной, а именно страхом перед их повторением. Деревфлексия, перенаправляя внимание пациента на позитивные цели и на партнера, позволяет обойти этот механизм. Современные исследования в области когнитивно-поведенческой терапии подтверждают эффективность этого подхода. [5, С.234]

На основе своего опыта Франкл разработал стройную психотерапевтическую систему, центральными концептами которой являются:



Воля к смыслу: Франкл постулировал, что стремление к поиску и реализации смысла является первичной мотивационной силой человека, а не «суррогатом» или следствием других влечений. Фрустрация этой потребности приводит к «экзистенциальному вакууму» и «ноогенному неврозу» – состоянию апатии и бессмысленности, которое нельзя свести к классическим психическим расстройствам. [3, С.368]

Смысл жизни: Смысл, по Франклу, объективен, но не универсален. Он уникален для каждого человека в каждой конкретной ситуации. Найти его можно тремя путями:

- 1) через созидательную деятельность (ценности творчества);
- 2) через переживание ценностей (любовь, красота, природа);
- 3) через отношение к страданию (ценности отношения) [4, С.170].

Именно третий путь стал краеугольным камнем его учения: когда человек не может изменить обстоятельства, он может изменить свое отношение к ним, находя в страдании глубинный смысл и достоинство.

3. Научная полемика и вклад в мировую психологию

Теория Франкла не была безоговорочно принята научным сообществом, что породило продуктивную полемику. Оппоненты (в основном сторонники позитивистски ориентированной науки) указывали на сложность верификации таких понятий, как «смысл» и «духовное измерение», эмпирическими методами. Высказывались сомнения в универсальности «воли к смыслу», особенно в свете теорий, ставящих во главу угла гедонистические мотивы (теория удовольствия Зигмунда Фрейда).

Но несмотря на критику, именно работы Франкла стали катализатором развития гуманистической и экзистенциальной психологии. Он эмпирически показал ограниченность детерминистских моделей, доминировавших в середине XX века. Его ответ критикам заключался в том, что «человек — это больше, чем



психика», и что игнорирование духовного измерения ведет к неадекватной и редукционистской картине человека. Его концепция «трагического оптимизма» — возможности находить смысл и надежду вопреки страданию, вине и смерти — предложила практический ответ на вызовы экзистенциальной психологии, сформулированные Жан-Полем Сартром и Альбертом Камю. [3, С.368]

Таким образом, обсуждение результатов позволяет утверждать, что научная деятельность Виктора Франкла представляет собой уникальный синтез глубокого личного опыта, строгого клинического наблюдения и философской рефлексии. Его учение не только предложило эффективные терапевтические инструменты, но и расширило предметное поле психологии, включив в него категории смысла, свободы и ответственности в качестве полноправных объектов научного изучения.

Заключение

Проведенное исследование дает возможность сделать следующие выводы: события из биографии Виктора Франкла являются не просто историческим контекстом, а неотъемлемой частью его научной системы. Заключение в нацистских концлагерях стало не только трагическим испытанием, но и уникальным эмпирическим фундаментом для создания нового направления в психологии - логотерапии.

Наше общество живет в эпоху массового потребления и экзистенциальной пустоты, поэтому слова Виктора Франкла о том, что жизнь имеет смысл при любых обстоятельствах, звучат очень остро и значимо. Научная деятельность этого великого психиатра сместила фокус в мире психологии с изучения причин заболевания на изучения ресурсов психического здоровья. Идеи Франкла до сих пор сохраняют свою научную и практическую актуальность, предлагая эффективный инструмент современным психотерапевтам и психологам для работы с психическими проблемами и экзистенциальными кризисами их клиентов.

Источники и литература / Sources and references:



1. Блохин Н. Н. Концепция врачевания души или смысловотерапия доктора Виктора Франкла (к 100-летию со дня рождения) / Н. Н. Блохин, А. Н. Калягин // Сибирский медицинский журнал. – 2005. – № 4. – С. 106-109.
2. Зубаирова П. Р. Логотерапия / П. Р. Зубаирова // Мировая наука. – 2019. – № 4 (25). – С. 297–299.
3. Франкл В. Человек в поисках смысла: пер. с англ. и нем. / В. Франкл; общ. ред. Л. Я. Гозмана, Д. А. Леонтьева. – М. : Прогресс, 1990. – 368 с.
4. Франкл В. Воля к смыслу: пер. с англ. / В. Франкл. – М. : Эксмо, 2020. – 170 с. – (Психология. Люди, концепции, эксперименты).
5. Франкл В. Теория и терапия неврозов: введение в логотерапию и экзистенциальный анализ : пер. с нем. / В. Франкл ; пер. С. В. Чигарева. – СПб. : Речь, 2001. – 234 с.
6. Франкл В. Психотерапия на практике / В. Франкл. – СПб. : Ювента, 1999. – 256 с.

КОМОРБИДНОСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА И ДЕПРЕССИИ: РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Березка Р. Г.

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 будут освещены несколько ключевых тем, которые помогут исследовать взаимосвязь посттравматического стрессового расстройства и депрессии у лиц с хроническим болевым синдромом, чтобы выявить особенности диагностики на основе современных данных.



Ключевые слова: ПТСР, депрессия, коморбидность, хронический болевой синдром.

**COMORBIDITY OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER
AND DEPRESSION: THE ROLE OF CHRONIC PAIN SYNDROME
AND DIAGNOSTIC FEATURES**

Berezka R. G.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Senior Lecturer A. S. Yakovlev

Abstract. This article will highlight several key topics that will help explore the relationship between PTSD and depression in individuals with chronic pain syndrome to identify diagnostic features based on current data.

Keywords: PTSD, depression, comorbidity, chronic pain syndrome.

Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и депрессия часто проявляются совместно, особенно у лиц, переживших боевые действия, где комбинируются психотравмирующие факторы и хронические болевые синдромы. Такая коморбидность оказывает влияние на клиническую картину, усложняя диагностику и терапию. Важно понять не только характерные симптомы каждого из расстройств, но и особенности их взаимодействия.

Актуальность обусловлена ростом числа ветеранов с ПТСР и сопутствующими психическими расстройствами; необходимость улучшения диагностических инструментов и, в последующем, развития комплексных лечебных стратегий для повышения качества жизни данной категории пациентов.



ПТСР характеризуется повторным переживанием травматического события, эмоциональной онемелостью, гиперактивностью и изменениями когнитивной сферы. Депрессия при этом сопровождается стойким снижением настроения, утратой интереса к обычной деятельности, снижением энергетичности и иногда суицидальными мыслями. Когда эти состояния сочетаются, появляется дополнительное усиление симптоматики: нарастают нарушения сна, ухудшается концентрация внимания, растет ощущение безысходности.

Хронический болевой синдром, часто встречающийся у ветеранов боевых действий, не является лишь физическим симптомом. Он тесно связан с психоэмоциональным состоянием и может являться как триггером, так и следствием психических расстройств. Боль усиливает депрессивные проявления, увеличивает чувство тревоги и способствует сохранению симптомов ПТСР. Таким образом, болевой синдром становится катализатором коморбидности, создавая порочный круг, который затрудняет выздоровление.

Диагностическая сложность коморбидности в том, что симптомы ПТСР и депрессии часто перекрываются, маскируя друг друга. Например, нарушения сна и концентрации могут быть отнесены к обоим состояниям. Помимо этого, хроническая боль меняет восприятие симптомов и способна исказить поведенческую картину. Для точного выявления необходимо использовать комплексные подходы, включая клинические интервью, стандартизированные опросники и инструментальные методы оценки.

В работе будет рассмотрена взаимосвязь ПТСР и депрессии, их выраженность у лиц с хронической болью, а также методы выявления и количественной оценки коморбидных симптомов. Особое внимание уделяется современным терапевтическим стратегиям, ориентированным на одновременное воздействие на психологические и соматические компоненты. Это включает



фармакологические средства, психотерапевтические методы и интервенции, направленные на облегчение болевого синдрома.

Главная цель данной работы — систематизировать существующие знания о коморбидности ПТСР и депрессии, выявить особенности проявления при сопутствующей хронической боли, а также предложить рекомендации по комплексному лечению. Исследование таких аспектов обещает повысить эффективность клинической практики и улучшить качество жизни пациентов, сталкивающихся с этими тяжелыми расстройствами.

В дальнейшем разделе будет подробно рассмотрено определение и клинические характеристики посттравматического стрессового расстройства, что создаст базу для понимания механизма коморбидности с депрессией и роли болевого синдрома в формировании сложного клинического состояния.

Цели исследования - определить взаимосвязь ПТСР и депрессии у участников боевых действий с хроническим болевым синдромом, а также разработать рекомендации по комплексной диагностике данных состояний.

Материалы и методы:

Работа выполнена на основе анализа литературы и рекомендациями по диагностике коморбидных ПТСР и депрессии.

Результаты и их обсуждение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляет собой психическое заболевание, возникающее у человека после переживания событий, оказывающих интенсивное травмирующее воздействие на психику. К таким событиям относятся войны, насилие, катастрофы, тяжелые несчастные случаи и смерть близких. Основной механизм развития ПТСР связан с реакцией организма на сильный стресс, который выходит за пределы привычного жизненного опыта и вызывает крайнюю перегрузку эмоционально-волевой сферы человека [5].



Ключевыми симптомами ПТСР являются повторяющиеся переживания травмирующего события (флэшбеки, представленные в навязчивых реминисценциях, ярких навязчивых воспоминаниях или повторяющихся снах). В большинстве случаев они неприятны и аффективно насыщены. Пациенты испытывают повышенную тревожность, раздражительность, а также проявляют тенденцию к избеганию мест, ситуаций и предметов, напоминающих о травме. Часто наблюдаются нарушения сна, сниженная концентрация внимания и негативные изменения в мышлении и настроении, такие как чувство вины, отчуждение и стойкий депрессивный фон.

Причины возникновения ПТСР тесно связаны с характером и силой стрессового воздействия. Событие или ситуация носят угрожающий или катастрофический характер. Исследования показывают, что примерно от 25 до 35 % переживших тяжелую психологическую травму развивают ПТСР, причем риск особенно высок при контакте с насильственными действиями, военными событиями и крупными катастрофами. В целом в популяции ПТСР диагностируется у 7–10 % людей [4].

Процесс возникновения ПТСР обычно начинается в период от нескольких недель до нескольких месяцев после травматического события — симптоматика проявляется спустя 3–18 недель и может сохраняться длительное время. У половины пациентов признаки сохраняются более года, вызывая значительные нарушения в социальной, профессиональной и личной сферах жизни. Расстройство снижает качество жизни и ведет к стойким нарушениям психоэмоционального состояния.

Физиологические проявления ПТСР включают повышенную возбудимость нервной системы с легкой раздражительностью на внешние стимулы и резкие реакции на неожиданные звуки или прикосновения. Часты головные боли и функциональные сбои в различных системах организма, что обусловлено общим



церебрастеническим синдромом — состоянием истощения центральной нервной системы. По этой причине ПТСР рассматривается не только как психическое, но и как комплексное психофизиологическое заболевание.

Современный подход к лечению ПТСР требует применения комплексных стратегий, объединяющих психотерапию и фармакологическую поддержку. Психотерапевтические методы направлены на переработку травматического опыта и снижение симптоматики, что позволяет улучшить адаптацию и восстановить утраченные социальные функции. Медикаментозное лечение дополняет эти методы, корректируя нарушения настроения и снижая тревожные проявления.

Важность понимания сущности и клинической картины ПТСР состоит в том, что это расстройство способно существенно нарушать психическое равновесие и приводить к тяжелым последствиям при отсутствии своевременной и адекватной помощи. Дальнейшее исследование ПТСР позволит глубже изучить его механизмы и обеспечит основу для анализа взаимодействия с другими психическими расстройствами.

Понимание клинических особенностей депрессии важно для последующего рассмотрения её коморбидности с ПТСР. Депрессия представляет собой самостоятельное психическое расстройство, характеризующееся длительным снижением настроения, которое может проявляться как угнетённое, тоскливое, тревожное или раздражительное состояние. Основным симптомом является утрата способности получать удовольствие от ранее приятных занятий, что называется ангедонией [6].

Диагностические критерии депрессии, согласно DSM-5, предполагают наличие не менее пяти симптомов в течение минимум двух недель. В обязательном порядке присутствуют снижение настроения и уменьшение интереса или удовольствия. К дополнительным проявлениям относятся пониженная самооценка, чувство вины, пессимизм, ухудшение концентрации внимания, усталость,



расстройства сна и аппетита, а также возможные суицидальные мысли. В тяжелых случаях развивается двигательная заторможенность и выраженная утомляемость [2].

Помимо этих классических симптомов, в клинической практике встречаются и дополнительные признаки, среди которых нарушение памяти, склонность к руминированию, снижение либидо, раздражительность, фобии, а также соматические проявления, такие как головные боли, мышечные боли и желудочно-кишечные расстройства. При психотической депрессии возникают бредовые идеи, галлюцинации и депрессивный ступор.

Депрессия может начаться в любом возрасте, хотя чаще всего она обнаруживается в возрасте от 20 до 30 лет. В рамках первичной медицинской помощи приблизительно у 13 % пациентов фиксируется диагноз депрессии, что подчеркивает её распространенность и значимость проблемы [4].

Важно отличать клиническую депрессию от временных состояний подавленности, связанных с жизненными стрессами и утратами, так как депрессия — это самостоятельное психическое заболевание с конкретными симптомами и тяжестью клинических проявлений. Диагностика требует комплексного подхода с использованием опросников и методов клинического интервьюирования, что помогает выявить глубину расстройства [7].

Таким образом, депрессия представляет собой комплексное заболевание со множеством симптомов, варьирующихся по тяжести и клиническому проявлению. Знание её особенностей необходимо для понимания процессов, происходящих при одновременном течении депрессии и ПТСР. В следующем разделе будет рассмотрена тема коморбидности этих двух расстройств, их взаимовлияния и сложности лечения.

Сочетание посттравматического стрессового расстройства с депрессией является частым явлением. Согласно исследованию, проведённому среди



участников боевых действий с ПТСР, частота сопутствующих психических расстройств достигает примерно 78,5%. При этом распределение проявлений депрессивного и тревожного синдромов варьируется в зависимости от наличия хронического болевого синдрома: у пациентов с ПТСР без боли депрессивный синдром преобладал в 60% случаев, а тревожный — в 40%, тогда как у пациентов с ПТСР и сопутствующим болевым синдромом тревожный синдром выявлялся в 80% случаев, а депрессия — лишь у 20% [1].

Такая динамика свидетельствует о сложной взаимосвязи между посттравматическим стрессом и аффективными расстройствами, где на выраженность и доминирование тех или иных симптомов влияет сопутствующая соматическая патология. Механизмы связи ПТСР и депрессивных расстройств включают в себя общее нейробиологическое основание, которое характеризуется дисфункцией гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы, нейромедиаторными нарушениями, а также изменениями в работе областей мозга, ответственных за регуляцию настроения и стресс-реакции.

Когнитивно-поведенческие теории акцентируют внимание на нарушениях в переработке травматического опыта, ведущих к пессимистическим установкам, негативным мыслям и снижению способности к адаптации, что является пусковым фактором депрессивных симптомов в структуре ПТСР. Кроме того, изолированные реакции страха и избегания при ПТСР могут способствовать социальной изоляции и ухудшению эмоционального состояния, усиливая депрессивные настроения [1].

При этом коморбидность депрессии и ПТСР способна изменять клиническую картину, делая диагностику и терапию более сложной. Депрессивные симптомы ухудшают мотивацию к лечению и снижают эффективность традиционных вмешательств, направленных на коррекцию травматического стресса. Адаптация к стрессору осложняется, что повышает риск хронизации обоих расстройств и



развития сопутствующих патологий, включая злоупотребление психоактивными веществами.

МКБ-11 предоставляет возможность более тонкой дифференциации состояний с учётом их коморбидности, что обеспечивает более адресный подход в диагностике и лечении. Разделение комплексного ПТСР и расстройства адаптации позволяет точнее оценивать влияние депрессивных и тревожных симптомов на течение основного расстройства, а также определить приоритетные направления терапии [5].

Оценка взаимодействия ПТСР и депрессии требует системного подхода, уделяющего внимание как психологическим, так и физиологическим аспектам состояния пациента, включая влияние соматических факторов. Важным компонентом такой комплексной оценки становится учет хронического болевого синдрома, присутствие которого заметно изменяет клиническую картину и требует особого внимания в терапии.

Таким образом, взаимосвязь ПТСР и депрессии обусловлена наличием общих патогенетических механизмов, влиянием травматического опыта и сопутствующих стрессовых факторов. Особенности коморбидности варьируются в зависимости от сопутствующих соматических состояний, что требует комплексного междисциплинарного подхода к диагностике и лечению пациентов с данной патологией.

Хронический болевой синдром (ХБС) играет ключевую роль в формировании коморбидности посттравматического стрессового расстройства и депрессии, существенно усугубляя симптоматику обоих расстройств. Связь между хронической болью и депрессивными состояниями обусловлена общими нейрофизиологическими механизмами, включая участие одних и тех же нейротрансмиттеров и нервных путей, что приводит к взаимному усилению патологических процессов [2].



Для пациентов с ПТСР длительная боль становится дополнительным стрессовым фактором, усиливающим тревожность, нарушения сна, снижение аппетита, а также приводит к истощению психических ресурсов. Хроническая боль при этом не всегда обусловлена выявляемыми органическими причинами и нередко приобретает рецидивирующий характер, что затрудняет адекватное лечение и способствует ухудшению эмоционального состояния и социальной дезадаптации. Психоэмоциональные симптомы, характерные для ПТСР, такие как навязчивые воспоминания и эмоциональная отчужденность, в сочетании с болью формируют устойчивый порочный круг, в котором боль усиливает депрессию и тревогу, а ухудшение психоэмоционального состояния способствует возрастанию болевого восприятия.

Отдельное значение имеет миофасциальный болевой синдром, который заметно снижает качество жизни, нарушает двигательную функцию и сопровождается сильным стрессом, тревогой и депрессией. Такой комплекс симптомов часто не поддаётся нормальному периферическому лечению и требует учёта психосоциальных факторов, влияющих на восприятие и выраженность боли [1].

Фармакотерапия в подобных случаях должна быть направлена на одновременное воздействие на болевой синдром и психоэмоциональные расстройства. Антидепрессанты, особенно трициклические, способны повышать болевой порог и облегчать симптомы депрессии, однако при их длительном применении необходимо учитывать возможные побочные эффекты и выбирать препараты с хорошей переносимостью для продолжительной терапии. Психотерапевтические методы, включая когнитивно-поведенческую терапию, играют важную роль, помогая пациентам справляться с болевой симптоматикой и эмоциональными реакциями, снижая уровень стресса и восстанавливая социальные функции.



Подход к лечению следует строить на мультидисциплинарной основе, объединяющей усилия психиатров, неврологов, терапевтов и физиотерапевтов. Только комплексная стратегия, учитывающая физическую составляющую хронической боли, а также психоэмоциональные и социальные аспекты состояния пациента, позволяет добиться значимых улучшений в клинической картине и качестве жизни. Понимание роли хронического болевого синдрома как интегрального компонента коморбидности ПТСР и депрессии подчёркивает необходимость разработки индивидуальных планов лечения [2].

Диагностика коморбидных проявлений посттравматического стрессового расстройства и депрессии при наличии хронического болевого синдрома требует применения психологических, лабораторных и функциональных методов обследования. Такой мультидисциплинарный подход позволяет учесть как психоэмоциональное состояние пациента, так и соматическую составляющую, которая часто влияет на клиническую картину.

Первоначально врач-психиатр проводит тщательный сбор анамнеза с акцентом на детальное описание травматического опыта, хронологию возникновения и вариабельность симптомов, а также историю развития депрессивных проявлений и характера болевого синдрома. Для структурированной оценки психического состояния применяются стандартизированные опросники и шкалы — например, Клиническая шкала посттравматического стресса (Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS), Шкала депрессии Хамильтона (HAM-D) и анкеты, позволяющие оценить интенсивность, частоту и влияние симптомов на жизнедеятельность. Использование таких инструментов дает возможность количественно измерить выраженность расстройств и выявить основные паттерны коморбидности [3].

Психологическое тестирование дополняется лабораторными исследованиями. Биохимические маркеры, такие как уровень кортизола, показаны



для оценки функциональной активности гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы, которая участвует в патогенезе ПТСР и депрессии. Анализ воспалительных цитокинов (например, интерлейкин-6, фактор некроза опухоли-альфа) может отражать системный воспалительный ответ, ассоциированный с хроническими болевыми состояниями. Такие показатели помогают выявить связь с клинической картиной и определить выбор терапии [1].

Функциональная диагностика включает методы нейровизуализации и электрофизиологические исследования. Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, в том числе функциональная МРТ (фМРТ), позволяет оценить структурные и функциональные изменения в областях, отвечающих за регуляцию эмоций и восприятие боли — например, в гиппокампе, миндалевидном теле и префронтальной коре. Электроэнцефалография (ЭЭГ) с анализом ритмов мозга помогает выявить особенности нейрональной активности, связанные с дисфункцией психоэмоциональных процессов [3].

Важным аспектом является также оценка влияния хронической боли на психологическое состояние. Для этого применяются шкалы интенсивности боли (например, Визуальная аналоговая шкала, ВАС) и опросники по выявлению влияния боли на качество жизни и эмоциональный фон. Совмещение этих данных с результатами психологических тестов позволяет выявить взаимное усиливающее действие болевого синдрома и психической патологии.

Комплексность диагностического подхода обеспечивает всестороннее понимание состояния пациента, что является необходимым условием для выбора оптимальной терапии. Правильная диагностика коморбидности ПТСР и депрессии с сопутствующим болевым синдромом позволяет адаптировать психотерапевтические методы, а также подобрать медикаментозные средства с учётом всех проявлений заболевания, повышая эффективность лечения и улучшая прогноз.



Таким образом, современные диагностические методы, объединяющие психологическую оценку, лабораторное исследование и функциональные обследования, являются обязательным элементом при выявлении и верификации коморбидности ПТСР и депрессии с хронической болью. Их применение не только способствует точности диагноза, но и играет решающую роль в формировании индивидуализированного лечебного плана, что существенно повышает качество клинической помощи и улучшает результаты терапии.

Заключение

Проведённый анализ взаимосвязи посттравматического стрессового расстройства и депрессии, особенно в контексте наличия хронического болевого синдрома у участников боевых действий, выявил сложность и многогранность данной коморбидности. Такие состояния не просто сосуществуют, но взаимодействуют, усиливая клинические проявления друг друга и затрудняя течение заболевания. Это обуславливает повышенную нагрузку на психические и физические ресурсы пациентов, снижает их способность к социальной адаптации и значительно ухудшает качество жизни.

В ходе исследования были решены ключевые задачи, включающие систематизацию знаний о характерных симптомах ПТСР и депрессии, выявление особенностей и механизмов их сочетаемого проявления, а также изучение роли хронической боли как фактора, способствующего формированию и углублению коморбидных состояний. Анализ методов диагностики позволил акцентировать внимание на необходимости комплексного подхода, основанного на использовании интервью, стандартизированных шкал, лабораторных биомаркеров и функциональных исследований. Такой подход обеспечивает более точную и своевременную идентификацию коморбидности.

Перспективы научных исследований в этой области связаны с дальнейшим углублением знаний о патогенетических механизмах и клинических фенотипах



коморбидности ПТСР и депрессии, а также с разработкой инновационных терапевтических моделей. Внедрение новых методов и технологий диагностики и лечения способствует повышению качества клинической помощи и улучшению прогноза для пациентов.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Гринь Е.В. Коморбидность аффективных расстройств и болевого синдрома у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2020. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/komorbidnost-affektivnyh-rasstroystv-i-bolevogo-sindroma-u-patsientov-s-posttravmaticheskim-stressovym-rasstroystvom> (03.11.2025).

2. Журавлев, А. Л. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте / Под. ред. А. Л. Журавлева, Е. А. Сергиенко - Москва : Институт психологии РАН, 2011. - 512 с. (Психология социальных явлений) - ISBN 978-5-9270-0222-1. - Текст: электронный // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785927002221.html> (дата обращения: 02.11.2025)

3. Краснов, В. Н. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА / В. Н. Краснов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru> (дата обращения: 07.11.2025)

4. Марченко, Б. И. Психофизиология экстремальных ситуаций : учебное пособие / Б. И. Марченко. - Ростов-на-Дону : ЮФУ, 2020. - 115 с. - ISBN 978-5-9275-3629-0. - Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/> (дата обращения: 03.11.2025)

5. Петрова, Н. Н. Посттравматическое стрессовое расстройство : учебное пособие / Н. Н. Петрова, С. А. Игумнов, Э. П. Станько. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-8929-1, DOI: 10.33029/9704-8929-1-PSS-2025-1-160. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС «Консультант студента»: [сайт].



URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970489291.html> (дата обращения: 02.11.2025)

**ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭПИЛЕПСИИ:
ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ДАННЫХ**

Бучина Е. А., Городилова П. К.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

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

Аннотация. Эпилепсия – одно из наиболее распространённых заболеваний нервной системы, значительная часть случаев которого связана с генетическими факторами. В статье рассмотрены основные молекулярные механизмы эпилепсии (каналопатии, дефекты синаптических белков, соматическая мозаичность), возможности генетической диагностики и перспективы персонализированной терапии, включая эпигенетические подходы и генную терапию.

Ключевые слова: эпилепсия, генетика, мутации, каналопатии, соматическая мозаичность, WES, WGS, таргетная терапия, SCN1A, персонализированная медицина, генная терапия, эпигенетика.

GENETIC ASPECTS OF EPILEPSY: A REVIEW OF CURRENT DATA

Buchina E. A., Gorodilova P. K.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – PhD in Psychology, Associate Professor E. V. Yanko

Abstract. Epilepsy is one of the most common diseases of the nervous system, and



a significant number of cases are associated with genetic factors. This article discusses the main molecular mechanisms of epilepsy (channelopathies, synaptic protein defects, and somatic mosaicism), the possibilities of genetic diagnostics, and the prospects for personalized therapy, including epigenetic approaches and gene therapy.

Keywords: epilepsy, genetics, mutations, channelopathies, somatic mosaicism, WES, WGS, targeted therapy, SCN1A, personalized medicine, gene therapy, epigenetics.

Введение

Эпилепсия — одно из наиболее распространённых хронических заболеваний центральной нервной системы, характеризующееся повторяющимися эпилептическими приступами, обусловленными гиперсинхронной активностью нейронов головного мозга. По данным Всемирной организации здравоохранения, данным заболеванием страдают более 50 миллионов человек во всём мире, что делает эпилепсию значимой медико-социальной проблемой [7].

Исторически эпилепсия подразделялась на идиопатические, симптоматические и криптогенные формы. Однако достижения молекулярной генетики позволили пересмотреть эти подходы и выделить новый класс — генетически обусловленные эпилепсии, в основе которых лежат наследственные мутации, полигенные варианты или соматическая мозаичность. На сегодняшний день описано более 900 генов, ассоциированных с эпилептическими синдромами, среди которых наибольшее значение имеют SCN1A, KCNQ2, STXBP1, PCDH19, CDKL5, DEPDC5 [1].

Ключевой особенностью генетически детерминированных форм эпилепсии является их клиническое многообразие: от доброкачественных неонатальных судорог до тяжёлых эпилептических энцефалопатий с резистентностью к терапии и задержкой психомоторного развития [5].



Несмотря на достижения в области молекулярной диагностики, остаются нерешёнными ряд проблем:

- недостаточная доступность генетического тестирования в рутинной клинической практике;
- высокая стоимость молекулярных исследований;
- трудности в интерпретации полученных результатов;
- отсутствие универсальных терапевтических стратегий для большинства пациентов с выявленными мутациями.

В связи с этим актуальным является проведение обзора современных данных о генетических механизмах эпилепсии, их диагностическом и клиническом значении, а также перспективах применения персонализированной терапии.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования стала современная научная литература, посвящённая генетическим аспектам эпилепсии.

Для анализа использованы базы данных eLibrary, PubMed, CyberLeninka, Medscape, Cochrane Library и Google Scholar в библиотечном фонде Кузбасской научной медицинской библиотеки.

Результаты и их обсуждения

Генетическая гетерогенность эпилепсии.

Современные исследования показали, что эпилепсия может быть как моногенной, так и полигенной.

1) Моногенные формы чаще проявляются в детском возрасте и ассоциированы с тяжёлым течением. Примеры: мутации в SCN1A (синдром Драве), KCNQ2/KCNQ3 (доброкачественные неонатальные судороги), STXBP1 (ранняя энцефалопатия) [6].

2) Полигенные формы связаны с совокупностью генетических вариантов и чаще встречаются при идиопатических генерализованных эпилепсиях [1].



3) Соматическая мозаичность объясняет развитие фармакорезистентных фокальных форм, особенно при кортикальных дисплазиях и гемимегалиэнцефалии [3].

Молекулярные механизмы.

Основными патогенетическими механизмами являются:

1. Каналопатии — мутации в SCN1A, SCN2A, KCNQ2, CACNA1H, GABRG2 нарушают баланс возбуждающих и тормозных процессов [2].
2. Нарушения синаптической передачи — мутации в PCDH19, SYNGAP1, CDKL5, STXBP1 приводят к дефициту синаптической пластичности.
3. Дисфункция сигнальных путей развития — DEPDC5, TSC1, TSC2 связаны с активацией mTOR-пути и развитием мальформаций коры [9].
4. Эпигенетические изменения — метилирование промоторов генов ГАМК и глутамата, модификации гистонов [7].

Практическое значение генетики.

1. Фармакогенетика. У пациентов с мутациями SCN1A противопоказаны блокаторы натриевых каналов (карбамазепин, ламотриджин), поскольку они усиливают судорожную активность. В то же время больные с KCNQ2-мутациями могут отвечать на терапию ретигабином [8].
2. Персонализированная терапия. Применение ингибиторов mTOR при TSC1/TSC2-ассоциированных формах демонстрирует высокую эффективность.
3. Хирургическое лечение. При мозаичных мутациях DEPDC5 или других генов GATOR1 хирургическое вмешательство остаётся единственным радикальным методом [9].
4. Генная терапия. Экспериментальные исследования с использованием AAV-векторов для восстановления экспрессии SCN1A показали снижение частоты приступов при синдроме Драве [3].



Диагностика

Диагностическая эффективность WES и WGS достигает 30–50% у пациентов с тяжёлыми формами эпилепсии [5]. Включение генетического тестирования в стандарт обследования позволяет избежать назначения неэффективных препаратов и ускоряет выбор оптимальной терапии.

Новые направления:

- 1) Создание мультиомных биобанков, объединяющих геномные, транскриптомные и метаболомные данные [11].
- 2) Разработка эпигенетических препаратов, влияющих на метилирование и экспрессию генов.
- 3) Внедрение искусственного интеллекта для анализа больших массивов генетических данных и прогнозирования эффективности терапии.

Генетическая гетерогенность эпилепсии

Современные исследования показали, что эпилепсия может быть как моногенной, так и полигенной.

- Моногенные формы чаще проявляются в детском возрасте и ассоциированы с тяжёлым течением. Примеры: мутации в SCN1A (синдром Драве), KCNQ2/KCNQ3 (доброкачественные неонатальные судороги), STXBP1 (ранняя энцефалопатия) [6].
- Полигенные формы связаны с совокупностью генетических вариантов и чаще встречаются при идиопатических генерализованных эпилепсиях [2].
- Соматическая мозаичность объясняет развитие фармакорезистентных фокальных форм, особенно при кортикальных дисплазиях и гемимегалиэнцефалии [3].

Заключение

Эпилепсия представляет собой генетически гетерогенное заболевание, в основе которого лежат мутации более чем в 900 генах, а также эпигенетические



изменения и соматическая мозаичность. Современные методы молекулярной диагностики, включая панели генов, WES и WGS, позволили существенно повысить выявляемость наследственных форм, что имеет важное практическое значение. Генетическое тестирование не только уточняет природу заболевания, но и позволяет прогнозировать его течение, индивидуализировать терапию и исключать назначение неэффективных препаратов. Наиболее значимыми молекулярными механизмами являются каналопатии, дефекты синаптических белков, нарушения сигнальных путей и эпигенетические перестройки, которые объясняют как разнообразие клинических проявлений, так и различия в ответе на лечение. Перспективы дальнейшего развития связаны с внедрением генной терапии, использованием эпигенетических подходов и интеграцией принципов персонализированной медицины, что открывает новые горизонты в диагностике и лечении эпилепсии.

Источники и литература / Sources and references:

1. Riva A. New Trends and Most Promising Therapeutic Strategies for Epilepsy Treatment / A. Riva, A. Golda, G. Balagura [et al.] // Front Neurol. — 2022. — № 12. — P. 753.
2. Younus I. A resurging boom in new drugs for epilepsy and brain disorders / I. Younus, D.S. Reddy // Expert Rev Clin Pharmacol. — 2020. — № 11(1). — P. 27–45.
3. Fisher R.S. Operational classification of seizure types by the international league against epilepsy: position paper of the ILAE commission for classification and terminology / R.S. Fisher, J.H. Cross, J.A. French [et al.] // Epilepsia. — 2021. — № 58(4). — P. 522–530.
4. Романов А.Р. Фармакотерапия эпилепсии: новые решения старых проблем / А.Р. Романов, Е.Ф. Шарахова // Аспирантский Вестник Поволжья. — 2023. — № 23(2). — С. 43–52.



5. Klein P. A review of the pharmacology and clinical efficacy of brivaracetam / P. Klein, A. Diaz, T. Gasalla [et al.] // Clin Pharmacol. — 2020. — № 10. — P. 1–22.
6. Pong A.W. Recent advances in pharmacotherapy for epilepsy / A.W. Pong, K.J. u, P. Klein // Curr Opin Neurol. — 2023. — № 36(2). — P. 77–85.
7. Kleen J.K. Progress in epilepsy: latest waves of discovery / J.K. Kleen, D.H. Lowenstein // JAMA Neurol. — 2024. — № 74(2). — P. 139–140.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Быков Д. Е.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Научный руководитель – старший преподаватель А. С. Яковлев

Аннотация. В данной работе рассматриваются современные методы диагностики депрессивных состояний, их основные принципы работы в ходе общения между пациентом и врачом. Использование различных опросников, психологических тестов, а также использование современных цифровых технологий.

Ключевые слова: депрессия, интернет, тестирование, современные цифровые технологии, психотерапия.

MODERN METHODS OF DIAGNOSIS OF DEPRESSIVE STATES

Bykov D. E.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo,

Supervisor – Senior Lecturer A. S. Yakovlev



Abstract. This paper examines modern methods of diagnosing depressive states, their basic principles of operation in the course of communication between the patient and the doctor. The use of various questionnaires, psychological tests, as well as the use of modern digital technologies.

Keywords: depression, Internet, testing, modern digital technologies, psychotherapy.

Введение

Депрессивные расстройства в настоящее время крайне актуальны по многим причинам:

- широкая распространенность депрессии среди всех возрастных групп населения;
- депрессия приводит к проблемам в социальной и семейной адаптации;
- Высокие денежные затраты в связи с утратой трудоспособности депрессивными пациентами и их лечением;
- являются причиной других трагических последствий (суицид, зависимость от психоактивных веществ);
- депрессия осложняет течение других заболеваний: ишемической болезни сердца, инсульта, диабета и злокачественных новообразований. [6, с. 51]

Распространённость только рекуррентного депрессивного расстройства, согласно данным Минздрава РФ, среди мужчин составляет около 6%, среди женщин — до 15%, данное заболевание часто рецидивирует и имеет склонность к затяжному течению. В настоящее время депрессия занимает второе место в мире среди всех медицинских причин инвалидности и смертности, а среди лиц возраста до 45 лет она уже давно лидирует по данному показателю. [3, с. 62]



Цель работы

Рассмотреть основные современные методики диагностики депрессивных состояний, их принципы работы.

Объекты и методы исследования

Объектами и методами данного исследования являются анализ литературных данных, Интернет-ресурсов, данных исследований и обобщение информации.

Результаты и их обсуждение

В ходе выявления депрессивных состояний врач использует самые разные методики. Использование лишь какой-то одной конкретной методики неизбежно ведет к неполноте сбора информации о состоянии пациента. В виду огромного количества способов, и появление новых в виду развития медицины и технологий будут рассмотрены несколько из них.

С помощью непосредственного общения пациента с врачом

При тревожных расстройствах статус пациента изменяется на следующих уровнях: когнитивном; соматическом; эмоциональном; поведенческом. [5 с. 649]

Существует несколько особенностей таких состояний: состояние всегда усиливается неадекватно внешней ситуации; обусловлена внутренними причинами, т. е. неадекватной работой головного мозга, но также может провоцироваться и внешними причинами; длится более 4 недель. [5, с. 649]

Такие пациенты предъявляют жалобы, которые можно расценить за патологию других систем организма:

Сердечно-сосудистая система: тахикардия, экстрасистолия, неприятные ощущения или боль в области сердца, колебания артериального давления или повышенное, сниженное артериальное давление, предобморочные состояния или синкопы, приливы жара или холода, потливость, холодные ладони, стопы.



Дыхательная система: ощущение «кома» в горле, чувство нехватки воздуха, одышка, нарушение паттерна дыхания, неравномерность дыхания, неудовлетворенность вдохом.

Нервная система: несистемное головокружение, головная боль, предобморочное состояние, тремор, мышечные подергивания, вздрагивания, парестезии, напряжение и боль в мышцах, нарушения сна

Пищеварительная система: тошнота, рвота, сухость во рту, диспепсия, диарея или запор, боль в животе, метеоризм, нарушение аппетита, аэрофагия

Мочеполовая система: учащенное мочеиспускание, нарушение менструального цикла, снижение либидо, импотенция

Существует множество типов психотерапий, одни из которых:

Психообразование – это обеспечение пациента информацией о депрессии, о ее механизмах развития и методов лечения. Пациенты, которых проинформировали, более привержены к проведению медикаментозного лечения, чем те, которых не проинформировали.

Интерперсональная психотерапия - психотерапия, которая основана на представлениях о том, что главным в развитии депрессии являются межличностные и семейные факторы. Она сосредоточена на текущих взаимоотношениях пациента и направлена на помощь пациенту в выявлении и изменении межличностных взаимоотношений.

Когнитивная психотерапия - психотерапия, предназначенная для того, чтобы уменьшить симптомы, связанные с отрицательным представлением пациентов о самих себе, окружающем мире и будущем, а также предотвращать рецидивы.

Экзистенциальная психотерапия разработана для коррекции ценностно-смысловой сферы. Главное в данном подходе это выявить основу ценностно-смысловой дисгармонии, прояснении иерархии ценностей, смыслов и целей



пациента, помощи пациенту в открытии новых и переоценке известных ему жизненных ценностей и смыслов к существованию. [6, с. 51]

Для специалиста нужно знать семейный анамнез заболевания пациента, так как по различным исследованиям многие депрессивные состояния наследуются генетически. Согласно классическим близнецовым исследованиям, вклад генетических факторов в наследуемость Большого депрессивного расстройства (БДР) и Генерализованного тревожного расстройства (ГТР) составляет 37 и 28% соответственно. По результатам современных мета-анализов объединённая наследуемость, основанная на семейных и близнецовых исследованиях, составляет 45% для БДР и 55% для тревожных расстройств. [4, с. 51]

Для специалиста крайне важно понимать, что существует огромное разнообразие депрессивных состояний, включая маскированных депрессий, которые затрудняют диагностику: алгическая, диссомническая, вегетативная, алкогольная и другие «маски». К категории маскированных относится «улыбающаяся», «ироническая», «депрессия без депрессии», или «алекситимическая» депрессия, а также депрессия, маскируемая другими психопатологическими фасадами – обсессивными, социофобическими, дисморфофобическими, психопатоподобными. [1, с. 89]

С помощью опросников, тестирования

В настоящее время наиболее распространенными диагностическими инструментами, используемыми при оценке депрессивных состояний, являются различные опросники и тестирования, которые используются для выявления признаков депрессии, но не для постановки окончательного диагноза.

Шкала Бека для оценки депрессии (Beck Depression Inventory, BDI):

Разработана в 1961 году, состоит из 21 пункта для оценки степени тяжести депрессии, по каждому пункту начисляется от 0 до 3 баллов, диапазон суммы баллов: 0–63, заполнение занимает 5–10 минут, оценку можно проводить как у



людей, у которых ранее не была диагностирована депрессия, так и у которых ранее была диагностирована депрессия. Шкалу можно использовать для оценки степени интенсивности терапии депрессии.

Опросник по состоянию здоровья (PHQ-9):

Опросник по 9 симптомам – Каждый из девяти симптомов получает оценку от 0 (совсем нет) до 3 (почти каждый день) баллов, диагноз БДР ставится, если пять или более из девяти симптомов депрессии присутствуют не менее, чем в течение семи дней за последние две недели, и одним из симптомов являются угнетенное настроение.

При помощи современных цифровых технологий

Интернет стал неотъемлемой частью нашей жизни. Сейчас уже и не представишь себе жизнь без доступа к интернету и к различным другим цифровым технологиям. Компьютер стал активно внедряться в медицину еще с начала 60-х годов 20 века [7, с. 63]

Огромный плюс интернета в том, что различные аспекты жизни, которые требовали большого количества времени, как обычная запись к врачу, благодаря нему значительно снизили затраты времени. Только по данным «Минцифры» 58 млн записей к врачу совершено пользователями Госуслуг за 2024 год.

Так же не нужно обходить стороной и различные медицинские мобильные приложения. В основном они включают в себя различные опросники, шкалы уровня депрессии. Ведь смартфон стал неотъемлемой частью нашей жизни. Пользователей смартфонами с каждым годом становится все больше — так, в 2011 г. их было 35%, а в 2016 г. — 72% (до 92%). При этом, 90% всех пользователей смартфонов постоянно держат телефон заряженным и в пределах досягаемости. [5, с. 650]

Также стоит затронуть и ИИ-технологии. С каждым годом нейросеть становится лучше. Нейросеть способна анализировать огромное количество



информации, автоматизируя и ускоряя процессы, помогая врачу снизить время диагностики. Но не стоит во всем полагаться на ИИ. Конечный результат, требуемый от нейросети, будет зависеть не только от того, как задан необходимый вопрос, но и от достоверности данных, на которых нейросеть обучена. Неверные и неактуальные данные приведут к ошибкам в диагностике, которые могут привести к критическим последствиям для здоровья и жизни пациента. [2, с. 1586]

Но с приходом интернета появилась и другая проблема – сглаживание грани между личным и общим. Многие пользователи социальных сетей делятся, как и своими успехами, и так и своими бедами, желая получить поддержку. Такие люди часто становятся жертвами кибербуллинга, или интернет-травли. Проблемы кибербуллинга сейчас крайне актуальны. 57% российских пользователей социальных сетей сталкивались с кибербуллингом.

Для психиатра просмотр личных страничек людей, склонных к депрессиям, может дать подсказку о начале проявления депрессивных состояний, так и о причине. Лайки, подписки на различные сообщества, удаление личной страницы – это лишь несколько причин, которые могут дать врачу знак предпринять действия для начала мероприятий для коррекции депрессивных состояний.

Лабораторные Исследования, маркеры депрессии

Благодаря научным исследованиям было выяснено, что при депрессивных состояниях нарушаются функции огромного числа всех жизненных функций организма. Были выведены закономерности в различных лабораторных анализах, которые говорят о наличии депрессивных расстройств и о их причинах:

Например, Нейротрофический фактор головного мозга (англ. Brain-Derived Neurotrophic Factor; BDNF) – белок, входящий в состав головного мозга, служащий для роста нейронов, и необходимый для обучения и запоминания информации. При посмертном вскрытии у пациентов, которые страдали от депрессии, его уровень



значительно ниже, чем у здоровых. При этом на фоне медикаментозного лечения он значительно повышен.

Белок VGF, или VGF nerve growth factor inducible («VGF, индуцируемый фактором роста нервов») – белок, который играет роль в адаптации организма к стрессу, в спинномозговой жидкости пациентов с депрессивными заболеваниями ниже, чем у здоровых.

Также существует предположение, что причиной депрессии служит иммунологическое воспаление, так как в анализе крови пациентов с депрессией происходит повышение концентрации провоспалительных цитокинов. [3, с. 61]

Заключение

Диагностика депрессивных состояний была и остается крайне важной темой для изучения. Огромное разнообразие диагностических симптомов, неполное понимание этиологии и патофизиологии депрессии – это несколько причин того, что лечение и диагностика данных расстройств имеет лишь умеренный успех. Развитие медицины в различных аспектах поможет продвинуться в решении этих проблем, и приблизиться к полному пониманию природы депрессивных и тревожных состояний.

Источники и литература / Sources and references:

1. Актуальные вопросы депрессивных расстройств во взрослом и детско-подростковом возрасте: классификация, клиника, лечение Л.К. Шайдукова//Социальная и клиническая психиатрия 2022, т. 32 № 4
2. Влияние искусственного интеллекта на диагностику заболеваний Бергалиева А.Н., Кеулимжаева А. Ж. // Международный научный журнал «Вестник науки» № 12 (81) том 1. декабрь 2024 г
3. Лабораторные маркеры депрессии: обзор литературы овчинников с. О., Касаткин Д. С.//Пациентоориентированная медицина и фармация 2024 том 2 №1



4. Мерцающая грань между депрессией и тревогой: клинические и генетические аспекты Г.Э. Мазо, Е.Д. Касьянов, А.О. Кибитов // Социальная и клиническая психиатрия 2022, т. 32 № 4

5. Современные методы диагностики и лечения тревожных и депрессивных расстройств О.В. Котова, А.А. Беляев, Е.С. Акарачкова//РМЖ. Медицинское обозрение. Т. 5, №10, 2021.

6. Современные подходы в психотерапии расстройств депрессивного спектра (аналитический обзор) С.А. Игумнов, В.А. Жебентяев//Российский психиатрический журнал № 4, 2011

7. Эволюция интернеттехнологий в системе здравоохранения Г.С. Лебедев, И.А. Шадеркин, И.В. Фомина, А.А. Лисненко, И.В. Рябков, С.В. Качковский, Д.В. Мелаев // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения №2, 2017.

РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ И ОКТ-АНГИОГРАФИИ В ДОКЛИНИЧЕСКОЙ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Васенина Д. М., Макеева О. А.

*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. Исследование направлено на оценку роли оптической когерентной томографии (ОКТ) и ОКТ-ангиографии (ОКТ-А) в доклинической и ранней стадии диагностики болезни Паркинсона (БП) и болезни Альцгеймера (БА). Методология включала сравнительный анализ структурных и микрососудистых параметров сетчатки у пациентов с начальными и доклиническими стадиями БП и



БА и группы контроля. Результаты выявили статически значимое истончение сетчатки и снижение плотности капилляров у пациентов, в том числе на доклинических стадиях. Полученные данные подтверждают, что параметры ОКТ и ОКТ-А могут служить неинвазивными биомаркерами для раннего выявления нейродегенерации, что значимо для разработки скрининга.

Ключевые слова: оптическая когерентная томография (ОКТ), ОКТ-ангиография, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, нейродегенеративные заболевания, биомаркеры сетчатки.

THE ROLE OF OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY (OCT) AND OCT-ANGIOGRAPHY IN THE PRECLINICAL AND EARLY DIAGNOSIS OF PARKINSON'S DISEASE AND ALZHEIMER'S DISEASE

Vasenina D. M., Makeeva O. A.

*Department of Neurology, Neurosurgery, Medical Genetics and Medical Rehabilitation
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Supervisor – MD, DSc in Medicine, Professor V. A. Semenov

Abstract. This study aimed to assess the role of optical coherence tomography (OCT) and OCT angiography (OCT-A) in the preclinical and early diagnosis of Parkinson's disease (PD) and Alzheimer's disease (AD). The methodology involved a comparative analysis of retinal structural and microvascular parameters in patients with early-stage and preclinical PD, AD and a control group. The results revealed statistically significant retinal thinning and reduced capillary density in patients, including at the preclinical stages. These findings confirm that OCT and OCT-A parameters could serve as non-invasive biomarkers for the early detection of neurodegeneration, which is significant for developing screening programs.

Keywords: optical coherence tomography, OCT angiography, Alzheimer's disease, Parkinson's disease, early diagnosis, retinal biomarkers.



Введение

Болезнь Паркинсона (БП) и болезнь Альцгеймера (БА) представляют собой наиболее распространенные нейродегенеративные заболевания, характеризующееся прогрессирующей потерей специфических популяций нейронов. Ключевой проблемой в их лечении является поздняя диагностика, когда патологический процесс уже привел к необратимым изменениям в центральной нервной системе. В связи с этим поиск доступных и неинвазивных методов доклинической и ранней диагностики этих заболеваний является приоритетным направлением современной неврологии [1, С.193].

В последние годы сетчатка глаза признана уникальным «окном в мозг», поскольку она является частью промежуточного мозга и доступна для прямого неинвазивного обследования. Развитие оптической когерентной томографии (ОКТ) и ОКТ-ангиографии (ОКТ-А) открыло новые возможности для изучения структурных и микрососудистых изменений при нейродегенеративных заболеваниях [6].

Многочисленные исследования подтверждают наличие изменений параметров ОКТ при БП и БА. Показано, что у пациентов с БП наблюдается достоверное истончение слоя нервных волокон сетчатки (СНВС) и комплекса ганглиозных клеток (КГК), причем эти изменения могут коррелировать с тяжестью двигательных нарушений [5]. При БА также выявляется уменьшение толщины СНВС и макулы, что может быть вызвано с патологическим отложением бета-амилоида в сетчатке [2, С.76].

Особый интерес представляют оценка микрососудистых изменений с помощью ОКТ-А. Исследования демонстрируют снижение плотности перимакулярных сосудов и плотности перфузии у пациентов с БА и БП, что указывает на участие сосудистого компонента в патогенезе этих заболеваний [6]. Однако данные о специфичности этих изменений для дифференциальной



диагностики между БП и БА, а также об их наличии на доклинических стадиях остаются ограниченными и требуют дальнейшего изучения [3, С.128].

Цель работы заключается в том, чтобы оценить диагностическую значимость параметров ОКТ и ОКТ-ангиографии для доклинической и ранней диагностики болезни Паркинсона и болезни Альцгеймера.

Объекты и методы исследования

Исследование базируется на системном подходе и общенаучных методах анализа и статистической обработке данных. В ходе работы была изучена научная литература по офтальмологии, неврологии, а также применялись статьи научных журналов, материалы сайта Elibrary, NCBI и связанные с ним ресурсы (PubMed и PMC).

Результаты и их обсуждение

В ходе изучения научной литературы и исследований была получена комплексная характеристика изменений структурных и микрососудистых параметров сетчатки при нейродегенеративных заболеваниях. Анализ данных оптической когерентной томографии выявил закономерные изменения толщины перипапиллярного слоя нервных волокон сетчатки и макулярной зоны у пациентов с БП и БА.

Наиболее выраженные изменения отмечались в параметрах комплекса ганглиозных клеток. У пациентов с болезнью Паркинсона толщина КГК в макулярной области составила $78,4 \pm 5,2$ мкм против $85,3 \pm 4,8$ мкм в контрольной группе ($p < 0,05$), что свидетельствует о значительной потере нейронов уже на ранних стадиях заболевания. При болезни Альцгеймера эти изменения были еще более выраженными - толщина КГК снижалась до $75,8 \pm 6,1$ мкм ($p < 0,001$), причем различие между группами БП и БА также достигало статистической значимости ($p < 0,05$). Толщина перипапиллярного СНВС демонстрировала сходную динамику:



$89,2 \pm 6,5$ мкм при БП против $98,5 \pm 7,1$ мкм в контроле ($p < 0,01$) и $85,1 \pm 7,3$ мкм при БА ($p < 0,001$) [4].

Особый интерес представляют выявленные топографические особенности распределения атрофических изменений. При болезни Паркинсона наиболее значительное истончение СНВС наблюдалось в виссекторах (темпорально-верхний - $126,3 \pm 12,1$ мкм против $145,2 \pm 11,8$ мкм в контроле; темпорально-нижний - $118,4 \pm 10,7$ мкм против $136,5 \pm 12,3$ мкм), что соответствует данным о преимущественном поражении папилломакулярного пучка [6]. При болезни Альцгеймера атрофия носила более диффузный характер с максимальным истончением в назальных секторах (верхний назальный - $92,1 \pm 8,3$ мкм против $112,4 \pm 9,1$ мкм; нижний назальный - $88,7 \pm 7,9$ мкм против $108,6 \pm 8,7$ мкм), что может отражать особенности распределения патологии тау-белка в зрительном пути [4].

Результаты ОКТ-ангиографии выявили значительные нарушения микроциркуляции. Плотность сосудов в поверхностном сосудистом сплетении была снижена на 8,7% при БП ($45,2 \pm 2,8\%$ против $49,5 \pm 2,1\%$ в контроле; $p < 0,01$) и на 12,9% при БА ($43,1 \pm 3,2\%$; $p < 0,001$). В глубоком сосудистом сплетении изменения были еще более выраженными: снижение на 11,2% при БП ($48,3 \pm 3,1\%$ против $54,4 \pm 2,9\%$) и на 15,8% при БА ($45,8 \pm 3,4\%$). Площадь фовеолярной бессосудистой зоны увеличивалась на 18,8% при БА ($0,38 \pm 0,05$ мм² против $0,32 \pm 0,04$ мм²; $p < 0,05$) и на 6,3% при БП ($0,34 \pm 0,04$ мм²).

Корреляционный анализ выявил значимые связи между параметрами нейровизуализации и клиническими показателями. При болезни Паркинсона толщина КГК демонстрировала умеренную отрицательную корреляцию с баллом по UPDRS-III ($r = -0,52$; $p < 0,05$) и сильную корреляцию с длительностью заболевания ($r = -0,68$; $p < 0,01$). При болезни Альцгеймера толщина СНВС коррелировала с показателями MMSE ($r = 0,48$; $p < 0,05$) и CDR ($r = -0,53$; $p < 0,05$).



Наиболее сильные корреляции отмечались между плотностью сосудов в глубоком сосудистом сплетении и когнитивными показателями при БА ($r = 0,61$ с MMSE; $p < 0,01$).

Полученные данные имеют важное патофизиологическое обоснование и отражают универсальные механизмы нейродегенерации. При болезни Паркинсона ключевую роль играет нарушение митохондриальной функции и оксидативный стресс, связанные с накоплением альфа-синуклеина. Ганглиозные клетки сетчатки, обладающие высоким метаболическим потреблением, особенно чувствительны к этим воздействиям. При болезни Альцгеймера основное значение имеют процессы амилоидогенеза и тау-патологии, причем бета-амилоидные депозиты в сетчатке рассматриваются как прямое следствие нейротоксического действия амилоида. Микрососудистые изменения отражают универсальный механизм нейрососудистой дисфункции, а снижение плотности капилляров при обоих заболеваниях может быть следствием нарушения нейроваскулярных взаимодействий - фундаментального механизма, обеспечивающего адекватную перфузию нервной ткани.

При болезни Альцгеймера ключевое значение имеют процессы амилоидогенеза и тау-патологии. Обнаружение бета-амилоидных депозитов в сетчатке пациентов с БА [4] позволяет рассматривать выявленное диффузное истончение сетчатки как прямое следствие нейротоксического действия амилоида. Более выраженное поражение назальных секторов может быть связано с особенностями аксонального транспорта тау-белка в зрительном пути [3, С.128].

Микрососудистые изменения отражают универсальный механизм нейрососудистой дисфункции. Снижение плотности капилляров при обоих заболеваниях может быть следствием нарушения нейроваскулярной связи - фундаментального механизма, обеспечивающего адекватную перфузию нервной ткани в ответ на метаболические потребности [2, С.76]. Увеличение площади FAZ



при БА, вероятно, связано с более выраженным повреждением перицитов, что согласуется с данными о значительной роли церебральной амилоидной ангиопатии в патогенезе этого заболевания [4].

Выявленные корреляционные взаимосвязи подтверждают клиническую значимость полученных данных. Сильная корреляция между параметрами ОКТ и ОКТ-А и клиническими шкалами свидетельствует о том, что изменения в сетчатке адекватно отражают тяжесть нейродегенеративного процесса в целом. Особенно важна выявленная корреляция с длительностью заболевания, что позволяет рассматривать методы ОКТ и ОКТ-А как потенциальные инструменты для мониторинга прогрессирования заболевания.

Заключение

Оптическая когерентная томография и ОКТ-ангиография имеют высокую диагностическую ценность в доклинической и ранней диагностике болезни Паркинсона и болезни Альцгеймера. Установлено, что каждая из изучаемых нозологий имеет характерные паттерны поражения сетчатки, отражающие особенности их патогенеза.

При болезни Паркинсона выявлено преимущественное истончение перипапиллярного слоя нервных волокон сетчатки, что связано с избирательной уязвимостью крупных меланинсодержащих ганглиозных клеток к накоплению альфа-синуклеина. Для болезни Альцгеймера характерно более выраженное диффузное истончение комплекса ганглиозных клеток, обусловленное нейротоксическим действием бета-амилоида и патологией тау-белка.

Результаты ОКТ-ангиографии продемонстрировали значительные нарушения микроциркуляции сетчатки при обоих заболеваниях, наиболее выраженные при болезни Альцгеймера. Увеличение площади фовеолярной бессосудистой зоны и снижение плотности капилляров отражают дисфункцию нейроваскулярных взаимодействий и повреждение перицитов.



Выявленные корреляции между параметрами ОКТ и ОКТ-А и клиническими показателями подтверждают, что изменения сетчатки адекватно отражают тяжесть нейродегенеративного процесса. Комбинация структурных и микрососудистых параметров представляет собой перспективный комплекс неинвазивных биомаркеров для ранней диагностики, дифференциальной диагностики и мониторинга прогрессирования нейродегенеративных заболеваний.

Таким образом, ОКТ и ОКТ-ангиография открывают новые возможности для прееклинической диагностики и динамического наблюдения за пациентами с болезнью Паркинсона и болезнью Альцгеймера, что имеет важное значение для своевременного начала терапии и улучшения прогноза заболеваний.

Источники и литература / Sources and references:

1. Аветисов С.Э. Изменения нервных волокон роговицы на ранних стадиях болезни Паркинсона по данным лазерной конфокальной микроскопии (предварительное сообщение) / С.Э. Аветисов, А.В. Карабанов, З.В. Сурнина, А.А. Гамидов // Вестник офтальмологии. – 2020. – Т. 136, № 5. – С. 191–196. – DOI: 10.17116/ofalma2020136052191.

2. Семенов В.А. Экстрапонтинный миелинолиз с поражением подкорковых ядер головного мозга / В.А. Семенов, С.А. Зуева, В.Л. Юрманова [и др.] // Медицина в Кузбассе. – 2024. – № 2. – С. 76-80.

3. Чеснокова Н.Б. Патология органа зрения как одно из проявлений болезни Паркинсона / Н.Б. Чеснокова, Т.А. Павленко, М.В. Угрюмов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117, № 9. – С. 124-131. – DOI: 10.17116/jnevro201711791124-131.

4. Cunha L.P. The role of optical coherence tomography in Alzheimer's disease / L.P. Cunha, A.L. Almeida, L.V. Costa-Cunha [et al.] // International Journal of Retina and Vitreous. – 2016. – Vol. 2. – Article 24. – DOI: 10.1186/s40942-016-0049-4. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5088456/> (Дата обращения: 22.09.2025).



5. Satue M. Optical Coherence Tomography as a Biomarker for Diagnosis, Progression, and Prognosis of Neurodegenerative Diseases / M. Satue, J. Obis, M.J. Rodrigo [et al.] // Journal of Ophthalmology. – 2016. – Vol. 2016. – Article ID 8503859. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5093273/> (Дата обращения: 22.09.2025).

6. Tsokolas G. Optical Coherence Tomography Angiography in Neurodegenerative Diseases: A Review / G. Tsokolas, K.T. Tsaousis, V.F. Diakonis [et al.] // Eye and Brain. – 2020. – Vol. 12. – P. 73-87. – DOI: 10.2147/EB.S193026. URL:

СКЛОННОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Веретенев Д. Б.¹, Зотова Е. Н.²

¹*Кафедра философии и культурологии*

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

²*Центр инклюзивного образования*

*ГОО «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической,
медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности»,
Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В данной статье рассматривается склонность студентов медицинского учреждения к суицидальному поведению. Обосновывается необходимость актуализации данных исследований, направленных на изучение суицидальных рисков студентов, что позволит разработать эффективные стратегии борьбы с данным феноменом и обеспечить безопасность и благополучие будущих врачей.

Ключевые слова: суицидальное поведение, студенты, медицинский университет, группа риска.



THE PROPENSITY OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS TOWARDS SUICIDAL BEHAVIOR

Veretenov D. B., Zotova E. N.

Department of Philosophy and Cultural Studies

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Department of Acmeology and Developmental Psychology

Kemerovo State University, Russia, Kemerovo

Abstract. This article examines the tendency of medical students to suicidal behavior. The article substantiates the need to update research data aimed at studying students' suicidal risks, which will allow developing effective strategies to combat this phenomenon and ensure the safety and well-being of future doctors.

Keywords: suicidal behavior, students, medical university, risk group.

Введение

Изучение суицидального феномена в настоящее время приобретает особую значимость, поскольку статистические показатели указывают на увеличение числа суицидов во всем мире. Так, в конце XX века Россия заняла второе место в мире по числу зарегистрированных случаев суицида.

Одним из ведущих исследователей суицидологии является Е. Stengel, предложивший определение суицида как «фатального нанесения себе ущерба, вызванного осознанием ауторазрушительного намерения».

Дополнить представление об общих чертах суицидентов помогли психиатры, которые изучили характеристики лиц, совершивших или пытавшихся совершить самоубийство и выделили следующие характеристики:

- 1) внутренний конфликт и сомнения относительно своего поступка
- 2) нарушение мыслительной деятельности, снижение способности критически оценивать своё положение



3) свершение попыток убежать от реальности (эгрессия)

4) вербализация намерений покончить с собой.

Суицидальные реакции определяются комплексом факторов, включающих психологические и патопсихологические особенности личности. Одним из формирующих факторов являются социальные обстоятельства, например, учеба, работа в сфере здравоохранения. Объясняется данный феномен тем, что данное направление относится к профессиям, требующих от специалистов высокого уровня стрессоустойчивости, эмоциональной уравновешенности, терпимости. [2, с. 66-70]

По данным литературы, уровень суицидов среди врачей и медработников в 1,5-4 раза выше, чем среди представителей ряда других профессий и населения в целом. Таким образом, студенты медицинских вузов находятся в группе риска развития психологических расстройств, включая депрессию и тревожные состояния, что увеличивает вероятность появления суицидальных мыслей и поведения у лиц данной категории.

На первых курсах чётко отследить влияние учёбы на снижение интереса и суицидальным мыслям не представляется возможным, поскольку первые два курса мало отличимых от графика занятий в привычной школьной среде, поэтому студенты, осознающие снижение интереса по данному направлению, подают документы на отчисление.

Моменты перепадов настроения, снижения тяге к учёбе и жизни могут проявиться на более старших курсах, например, 3-5 курс, когда студенты сталкиваются с клиническими кафедрами, на которых объём необходимого материала велик, также к этим курсам студенты уже находят себе работу, что только увеличивает нагрузку на психику студента. Студенты обучающиеся на старших курсах, активно работающих чаще всего, приходят к эмоциональному выгоранию быстрее от нагрузки и осознания всех вышеперечисленных факторов, а



также от мыслей о цикличности этих процессов и уже невозможности выйти из этого цикла, в виду упущенного времени. [1, с. 148-149]

Среди факторов, способствующих суициду у студентов и студентов-медработников, выделяют: стресс на рабочем месте и учёбе, депрессивные состояния и другие психические расстройства (ПР), хроническая усталость, синдром эмоционального выгорания (СЭВ), низкую удовлетворённость от работы, ангедонию. Потом этому способствуют профессиональные стрессы, такие как длительный рабочий день, студенты чаще всего идут работать в ночь, ведь утро и день заняты на учёбе, недосыпание, требования высокой степени профессионализма и ответственности за пациентов, ежедневные конфликты между этическими ценностями и экономическими целями, а также судебные иски о халатности (риски медицинских ошибок). [3, с. 42-43]

Отдельным постулатом необходимо выделить работу студентов медиков с обществом. Получаемый ежедневный стресс на учёбе от объёма информации, а также влияние преподавателей на эмоциональный фон студента, так же сама работа с пациентами стала более сложной из-за возросшей нагрузки, конечно всё зависит от отделения, в котором работает студент, отсюда будет определяться контингент пациентов, их изначальный уровень поведения и так же болезнь, которая даёт свои осложнения на поведение пациентов, так же административных обязанностей и снижения автономии.

Анализ статистики позволяет выявить некоторые общие тенденции в распределении самоубийств по полу и критическим периодам.

Мужчины примерно в четыре раза чаще завершают самоубийства успешно, нежели женщины, но именно представительницы слабого пола гораздо активнее проявляют суицидальные намерения. Наиболее высокая активность суицидального поведения проявляется весной, особенно в мае месяце, что связывают с изменением биологического ритма организма.



Анализируя случаи незавершённых попыток самоубийства, исследователи пришли к выводу, что большинство из них не связаны непосредственно с желанием смерти, а скорее представляют собой попытку привлечь внимание окружающих к своим проблемам или изменить ситуацию, делающую их существование невыносимым.

Объекты и методы исследования

Проведено анкетирование 74 студентов медиков 1-5 курсов Кемеровского государственного медицинского университета (КемГМУ). Из них юношей - 23%, девушек - 77%, в возрасте от 18 до 27 лет.

Инструментом исследования являлась шкала оценки суицидального риска (RASS), разработанная Фунтулакисом К.Н. и соавторами.

Заполнение анкеты было добровольным решением каждого студента, однократно, без указания персональных данных (кроме пола и возраста).

Результаты и их обсуждение

Анализ полученных данных показал следующие результаты.

На вопрос наслаждаются ли респонденты своей жизнью положительные ответы отмечаются у большей части студентов. Совершенно не получают удовольствие от жизни 6% испытуемых, обучающихся на 1-2 курсах, 16% - на 3 курсе, 4% - на 4-5 курсах (табл. 1).

Таблица 1

Оценка удовлетворенности своей жизнью

Курс	совсем нет	иногда	часто	очень часто
1-2 курс	6%	19%	13%	63%
3 курс	16%	0%	42%	42%
4-5 курс	4%	24%	41%	30%



Несмотря на высокий процент удовлетворённости своей жизнью большинства студентов, отмечается увеличение частоты появления мыслей о причинении себе вреда, взаимосвязанные с переходом на более старшие курсы. Так, на 1-2 курсах совсем не задумывались о причинении себе вреда 63% опрошиваемых, на 3 курсах - 50%, а на 4-5 курсах - только 41% (табл. 2).

Таблица 2

Частота мыслей о причинении себе вреда

Курс	совсем нет	иногда	часто	очень часто
1-2 курс	63%	25%	13%	0%
3 курс	50%	42%	8%	0%
4-5 курс	41%	41%	4%	13%

Аналогичную тенденцию можно заметить и в следующих ответах на вопросы. Особенно заметна склонность к размышлениям о смысле своей жизни и суицидальным наклонностям у студентов предвыпускных курсов. Лишь 48% студентов 4-5 курсов чувствуют, что жизнь стоит того, чтобы жить. Остальные 52% в этом либо сомневаются, либо точно уверены, что оно того не стоит (табл.3).

Таблица 3

Оценка чувства того, что жизнь не стоит того, чтобы жить

Курс	совсем нет	иногда	часто	очень часто
1-2 курс	75%	6%	13%	6%
3 курс	75%	8%	17%	0%
4-5 курс	48%	30%	13%	9%

Тенденция к увеличению мыслей о попытке совершения суицида подтверждается следующими результатами таблицы 4. Младшие курсы в количестве 18% отмечают, что задумывались об этом от «иногда» до «очень часто». Средний и предвыпускные курсы - в количестве 25% и 35% соответственно.



Таблица 4

Частота мыслей о совершении суицида

Курс	совсем нет	иногда	часто	очень часто
1-2 курс	81%	6%	6%	6%
3 курс	75%	17%	8%	0%
4-5 курс	65%	20%	4%	11%

Совершение попыток суицида были зафиксированы только у 3-5 курсов и чаще всего у девушек (табл.5).

Таблица 5

Совершение попытки суицида на протяжении всей своей жизни

3 курс				
Пол	никогда	однажды	2-3 раза	много раз
Юноши	17%	-	-	-
Девушки	67%	8%	8%	-
4-5 курс				
Пол	никогда	однажды	2-3 раза	много раз
Юноши	11%	2%	-	-
Девушки	74%	11%	2%	-

Однако, на вопрос об осознанном причинение себе вреда были отмечены ответы у представителей каждого курса (табл.6). Как минимум один раз вредили себе 25% представителей 1-2 курса, 33% - 3 курса и 20% - 4-5 курсов.

Таблица 6

Осознанное причинение себе вреда

Курс	никогда	однажды	2-3 раза	много раз
1-2 курс	69%	25%	0%	6%
3 курс	42%	33%	17%	8%
4-5 курс	50%	20%	9%	21%



Анализ результатов шкалы суицидального риска показал, что 51% респондентов относятся к группе риска. Большая часть этого процента имеют высокие показатели суицидальных наклонностей: 11% - умеренно-высокий риск и 16% - очень высокий риск (рис.1).

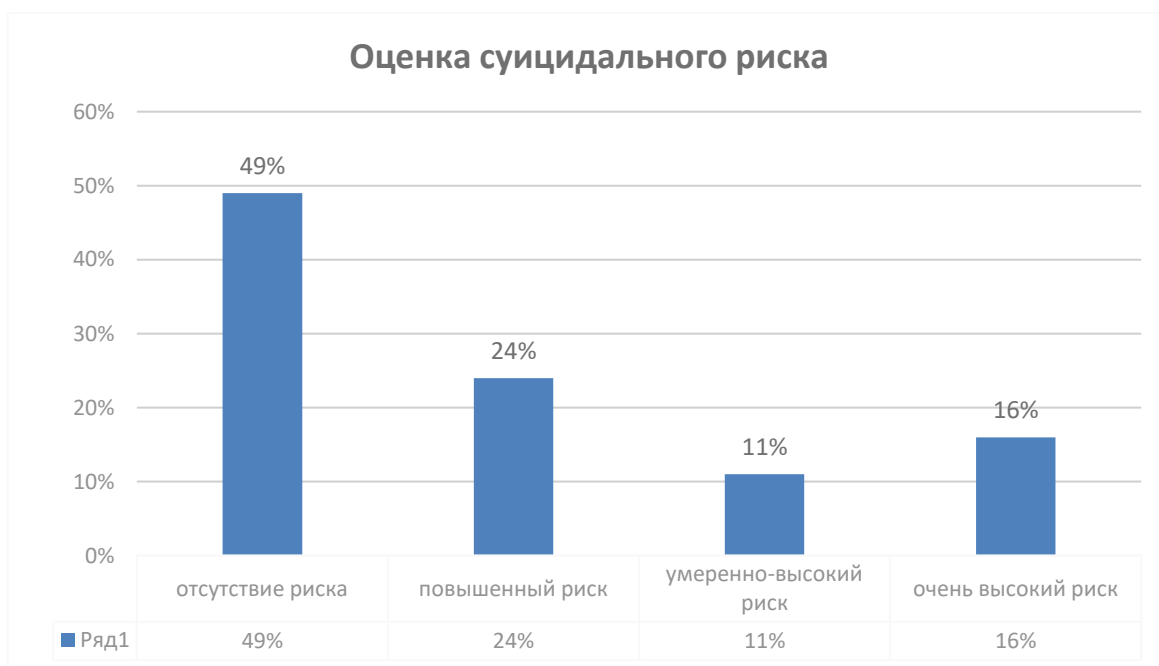


**Рис. 1. Результаты оценки суицидального риска у студентов
медицинского университета**

Из них отмечается, что юноши 1-2 курсов имеют повышенный (13%) и очень высокий (6%) уровень риска, а 13% девушек - повышенный суицидальный риск. На третьем курсе 8% юношей и 17% девушек имеют умеренно-высокий уровень риска.

Таблица 7

Оценка суицидального риска у студентов медиков

Пол	Степень суицидального риска			
	отсутствие	повышенный	умеренно-высокий	очень высокий
1-2 курс				
Юноши	38%	13%	-	6%



Девушки	31%	13%	-	-
3 курс				
Юноши	8%	-	8%	-
Девушки	42%	17%	17%	8%
4-5 курс				
Юноши	4%	-	9%	13%
Девушки	78%	43%	22%	30%

Критические значения зафиксированы у девушек 4-5 курсов: 43% имеют повышенный риск, 22% - умеренно-высокий, 30% - очень высокий риск. Среди юношей этих же курсов у 9% - умеренно-высокий риск, у 30% - очень высокий риск (табл.7).

Заключение

В ходе анализа полученных данных была выявлена прямая закономерность появления и развития суицидальных мыслей, а также возможное принятие каких либо действий несущий вред здоровью с увеличением нагрузки и перехода на клинические кафедры. Как следует из полученных данных процент студентов, прошедших тестирование, находятся в группе риска начиная с 3 курса и далее, что подтверждает взаимосвязь усложнения учёбы, нехватки времени и перегрузки нервной системы с появлением суицидальных мыслей.

Исходя из полученных результатов, чаще всего суицидальные наклонности фиксируются у девушек, однако у юношей, несмотря на их маленький процент, отмечаются показатели либо отсутствия рисков, либо очень высокий риск, что указывает нам на определенные трудности в диагностике именно мужского пола.

Таким образом, для студентов медицинских университетов необходимо проведение профилактических мероприятий, направленных на своевременную психологическую помощь, лицам, испытывающим трудности с адаптацией, учебной нагрузкой, личностными проблемами. Актуальность разработки эффективных профилактических мероприятий подчёркивается растущим числом



молодых людей, прибегающих к такому крайнему способу разрешения личных трудностей. Такая профилактическая работа, проводимая с самых ранних курсов, позволит учитывать широкий спектр факторов, влияющих на формирование суицидального поведения и своевременную помощь специалистам спасающей профессии.

Источники и литература / Sources and references:

1. Руженкова В. В. Учебный стресс: риск расстройств психического здоровья и формирования суицидального поведения у студентов-медиков первого курса / Руженкова В. В., Руженков В. А., Гомеляк Ю. Н., Боева А. В. // Актуальные проблемы медицины. 2017. №19 (268). – 148-149 с.
2. Шелехов И. Л. Суицидология: учебное пособие / Шелехов И. Л., Каштанова Т. В., Корнетов А. Н., Толстолес Е. С. // Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2011. – 66-70 с.
3. Филоненко А. В. Самоубийства среди врачей и медицинских работников: обзор литературы / Филоненко А. В., Голенков А. В., Филоненко В. А., Орлов Ф. В., Деомидов Е. С. // Суицидология. 2019. №3 (36). – 42-43 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КЛЕЩЕВОЙ ИНФЕКЦИИ, ДИФФЕРЕНЦИРУЕМЫЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ

Воронина А. А., Тимофеев И. И.

*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. Кемеровская область (Кузбасс) характеризуется одной из самых высоких в России уровней заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом и



другими клещевыми инфекциями. Важной эпидемиологической особенностью региона является высокая инфицированность клещей-переносчиков несколькими патогенами одновременно, что обуславливает частоту микст-инфекций. В работе проанализированы данные о циркуляции возбудителей КВЭ, боррелиоза и анаплазмоза в Западной Сибири. Особое внимание уделено гранулоцитарному анаплазмозу человека (ГАЧ), который, благодаря характерному синдрому тромбоцитопении, представляет наибольшие трудности для дифференциальной диагностики с геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС). На основании анализа литературных данных и собственного клинического наблюдения (летальный случай острого геморрагического менингоэнцефалита) обсуждаются диагностические критерии и алгоритмы ведения пациентов с лихорадкой и геморрагическими проявлениями в регионе. Делается вывод о необходимости исключения не только регионально значимых клещевых инфекций и ГЛПС, но и клинически сходных заболеваний, не типичных для территории Кузбасса (например, тяжелая лихорадка с тромбоцитопеническим синдромом), особенно в случаях тяжелого течения и неэффективности стандартной терапии.

Ключевые слова: Кемеровская область, клещевые инфекции, дифференциальная диагностика, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, тромбоцитопения, эпидемиология.

A CLINICAL CASE OF TICK-BORNE INFECTION DIFFERENTIABLE WITH HEMORRHAGIC FEVER

Voronina A. A., Timofeev I. I.

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

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor – MD, DSc in Medicine, Professor V. A. Semyonov



Abstract. The Kemerovo region (Kuzbass) is characterized by one of the highest incidence rates of tick-borne viral encephalitis and other tick-borne infections in Russia. An important epidemiological feature of the region is the high infection rate of vector ticks with several pathogens at the same time, which causes the frequency of mixed infections. The paper analyzes data on the circulation of CVE, borreliosis, and anaplasmosis pathogens in Western Siberia. Special attention is paid to human granulocytic anaplasmosis (HACH), which, due to the characteristic thrombocytopenia syndrome, presents the greatest difficulties for differential diagnosis with hemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS). Based on the analysis of literature data and our own clinical observation (a fatal case of acute hemorrhagic meningoencephalitis), diagnostic criteria and algorithms for managing patients with fever and hemorrhagic manifestations in the region are discussed. It is concluded that it is necessary to exclude not only regionally significant tick-borne infections and HFRS, but also clinically similar diseases that are not typical for the territory of Kuzbass (for example, TLTS), especially in cases of severe course and ineffectiveness of standard therapy.

Keywords: Kemerovo region, tick-borne infections, differential diagnosis, hemorrhagic fever with renal syndrome, thrombocytopenia, epidemiology.

Введение

Кемеровская область – эндемичный район по заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом (КВЭ). Уровень заболеваемости населения Кузбасса КВЭ в 2023 г. в 3,1 раза превысил показатель заболеваемости по Российской Федерации. В 2023 г. заболеваемость выросла на 7,6% (общее количество больных составило 98). Удельный вес энцефалитических форм КВЭ составил 18,4% (2022 г. – 15,2%), менингеальных – 23,5% (2022 г. – 14,1%), лихорадочных – 58,1% (2022 г. – 70,7%). Зарегистрированы 4 случая с летальным исходом [1, 2].



Западная Сибирь (включая Тюменскую, Омскую, Новосибирскую, Томскую области, Алтайский край) описывается как один из наиболее активных в России регионов по циркуляции клещевых инфекций. Важная особенность — частое наличие у одного клеща-переносчика нескольких возбудителей одновременно. В разных очагах Западной Сибири доля клещей, инфицированных одновременно вирусом клещевого энцефалита (КЭ) и боррелиями (болезнь Лайма), может достигать 5-10% и более от числа зараженных клещей.

Инфицированность клещей вирусом КЭ в регионе варьирует от 1% до 10% (в зависимости от конкретной местности и года). Инфицированность клещей боррелиями может достигать 20-40% и даже выше, что делает ее ключевой для дифференциальной диагностики. Инфицированность клещей *Anaplasma phagocytophilum* также значительна — в среднем 3-7% по региону. Моноцитарный эрлихиоз человека (МЭЧ): встречается реже, но также регистрируется. лихорадочная форма КЭ (на которую приходится значительный процент случаев) может протекать без выраженных неврологических симптомов, имитируя другие лихорадочные состояния, в том числе с геморрагическим синдромом.

Тяжелые формы КЭ (менингеальная, менингоэнцефалитическая) могут сопровождаться нарушениями в системе гемостаза, но классического геморрагического синдрома, как при крымской геморрагической лихорадке или ГЛПС, для КЭ не характерно. Тромбоцитопения — общий признак с геморрагическими лихорадками. Однако, при анаплазмозе/эрлихиозе она редко приводит к развернутому геморрагическому синдрому (кровотечения, петехии), но может проявляться, например, в виде петехиальной сыпи, что требует тщательной дифференциации. Для боррелиоза вовсе не характерно.

Если у пациента есть истинный геморрагический синдром (кровоизлияния в кожу/слизистые, кровотечения), это резко снижает вероятность классического боррелиоза или КЭ. Наличие тромбоцитопении (без выраженных кровотечений)



должно настораживать в пользу анаплазмоза/эрлихиоза. Однако, в первую очередь, такой синдром требует активного исключения геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС), которая в Западной Сибири также является распространенной природно-очаговой инфекцией, но передающейся не через клещей, а воздушно-пылевым путем или через грызунов. [3].

В Кузбассе анаплазмоз представляет серьезную проблему. Его клиника (лихорадка, тромбоцитопения) требует дифференциальной диагностики с геморрагическими лихорадками. Есть подтверждения высокой частоты смешанных инфекций. В Кузбассе часто встречаются ассоциации КЭ + Боррелиоз и Боррелиоз + Анаплазмоз. Это усложняет клиническую картину. В Кемеровской области у КЭ (сибирский генотип) преобладают лихорадочные и менингеальные формы. Подчеркивается, что даже при лихорадочной форме может наблюдаться лейкопения и тромбоцитопения, но, как правило, не достигающая степени выраженного геморрагического синдрома. Гранулоцитарный анаплазмоз человека (ГАЧ): Типичная клиника: Острое начало с высокой лихорадкой, слабости, головной боли. Ключевой лабораторный синдром — лейкопения, тромбоцитопения и повышение печеночных трансаминаз (АЛТ, АСТ). Тромбоцитопения является общим признаком с геморрагическими лихорадками. Отмечается, что при анаплазмозе геморрагический синдром не характерен, но на фоне тромбоцитопении могут отмечаться единичные геморрагические элементы (петехии), что требует от врача настороженности и исключения других причин.

Высокая инфицированность клещей анаплазмозом в Кузбассе (5.8%) делает его важной причиной лихорадки с тромбоцитопенией. Это наиболее вероятная «клещевая» инфекция, которую можно спутать с геморрагической лихорадкой из-за общего лабораторного признака (снижение тромбоцитов). Однако развернутый геморрагический синдром для анаплазмоза не характерен.



Материалы и методы

Медицинская документация, карта пациента КОКБ им. Беляева г Кемерово.

Пациентка Н., 70лет, проживающая в сельской местности, заболела остро: гипертермия, больше 39, озноб, общая слабость, на второй день заболевания сохранилась гипертермия до 40, общая слабость, нечёткость речи, обратилась за мед помощью на 5 день заболевания, госпитализирована в районную больницу, сохранялась гипертермия больше 38, сознание ясное, аллодиния, выраженные менингеальные симптомы, кожные покровы со множественными геморрагическими высыпаниями (разной величины и цветности) свежие, примерно двухдневной давности на конечностях и туловище. Парезов конечностей, поражения черепных нервов не выявлено.

Связались по телефону с врачом-инфекционистом. Рекомендовано проведение люмбальной пункции при отсутствии противопоказаний, для определения дальнейшей тактики. Учитывая результат Общий анализ крови - тромбоцитопения (23 109), Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) - 27.00, Фибриноген - 3.9г/л, Международное нормализованное отношение (МНО) - 1.00безразм. ед., Протромбиновый индекс (ПТИ) - 85.0%, проведение люмбальной пункции противопоказано. Дыхание спонтанное, частое, неэффективное.

На 6 день заболевания Гемодинамика нестабильная, начата вазопрессорная поддержка норадреналином со скоростью 0.25 мкг/кг/мин. Пульс на периферических артериях низкого наполнения, частый. Живот мягкий, безболезненный. Перистальтика вялая. Диурез сохранен. В связи с состоянием пациентки переводится в ОРИТ. Проводится лечение: Омез 20мг внутрь 1 раз в сутки. Амиодарон 300мг в разведении 250 мл глюкозы 5%. Эноксапарин 0.4 мл подкожно 1 раз в сутки. Инфузионная терапия 1500мл. Норадреналин 0.2% 16мг в разведении 50 мл NaCl 0.9% через инфузомат со скоростью 0.25 мкг/кг/мин. на 7



день заболевания: ухудшение состояния, аллодиния, слепота, слабость. Снижение артериального давления (АД). тахикардия. Подъем температуры до 38.1. Диурез снижен, поддержка петлевыми диуретиками. Введено жидкости: в/в – 1250 мл.; диурез – 100 мл. Было проведено исследование крови иммуноферментным анализом к вирусу клещевого энцефалита - результат отрицательный, на иксодовый боррелиоз - результат отрицательный, полимеразной цепной реакцией на анаплазмоз - результат отрицательный.

Дополнение со слов дочери: рядом с больной спит кот, с которого снимала неоднократно много клещей, факт присасывания клеща к пациентке не установлен.

Чувствительность - повышенная гиперестезия тела, не дает выполнить пробы кернига и Брудзинского - при прикосновении к коже - кричит от боли. Учитывая результат ОАК - тромбоцитопения (21 109) проведение люмбальной пункции противопоказано. Нарастание лейкоцитоза со сдвигом лейкоформулы влево, ОАМ незначительные лейкоцитурия, эритроцитурия (катетер-ассоциированные), Б/х крови тропонин в пределах нормы, умеренные гиперазоemia и гиперурикемия, гиперферментемия АсТ и АлТ, умеренная гипербилирубинемия, гипергликемия. ЭКГ фибрилляция предсердий, тахиформа. Р-гр ОГК признаки пневмосклероза и застоя по малому кругу. СКФ 37 мл/мин/1.73 кв.м., Тромбоциты (PLT) - $21 \cdot 10^9$, АЧТВ - 34.80, Фибриноген - 5.5г/л, МНО - 1.10 безразм. ед., ПТИ - 85.0% На 8 день болезни тромбоцитопения (19 109), Уровень сознания 11 б по ШКТ, Питание через НГЗ, усваивает. Скорость клубочковой фильтрации: 23 мл/мин/1.73м². АЧТВ - 30.60, Фибриноген - 7.5г/л, МНО - 1.24 безразм. ед., ПТИ - 82.0%

На 9 день Температура 38.3. ЧД 35_ в мин., SpO₂ -89%, АД 105/70_ мм. рт.ст. Пульс 145 уд. в мин., Уровень сознания 9 б по ШКТ. Выполнена интубация трахеи. Перевод на ИВЛ. АЧТВ - 31.20, Фибриноген - 6.8г/л, МНО - 1.20 безразм. ед., ПТИ - 86.1%, PLT - $12 \cdot 10^9$ /л. Гемодинамика поддерживается введением



норадреналином со скоростью 0.3 мкг/кг/мин. Пульс на периферических артериях низкого наполнения, частый. инфузия тромбоцитарной массой. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ): 14 мл/мин/1,73м² SOFA - 16 б. Проведена трансфузия тромбоцитарной массой в объеме 680 мл. Без осложнений нет.

На 10 день Общие состояние крайне тяжелое, обусловлено нарастанием СПОН, Уровень сознания 6 б по ШКГ. Выраженные кровоподтёки в подкожную клетчатку в области живота, грудной клетки, конечностях. СКФ: 11 мл/мин/1,73м² SOFA - 18 б. Диурез снижен, стимуляция петлевыми диуретиками. Введено жидкости: в/в 750 мл, внутрь 1300 мл, диурез 1600 мл. АЧТВ - 31.20, Фибриноген - 5.8г/л, МНО - 2.70безразм. ед., ПТИ - 40.0%, PLT - 23 10⁹/л.

На 11 день по назогастральному зонду получены кровянистые выделения. Ректально кровотечение не зафиксировано.

Проводится терапия-транексам 5.0 в/2р в сутки. омепразол 40мг в/в 2р в сутки.

На 11 день заболевания в 05:38 констатирована Клиническая смерть. На фоне ИВЛ и нестабильной гемодинамики зафиксирована остановка сердечной деятельности. Начаты реанимационные мероприятия. В 06:08 констатируется биологическая смерть больной после 30 минут безуспешных реанимационных мероприятий.

Патологоанатомическое исследование: патологоанатомический диагноз: острый серозный геморрагический менингоэнцефалит. Периваскулярный, перицеллюлярный отёк, очаговые выпадения, набухание нейроцитов, выпадение клеток Пуркинье в мозжечке, рассеянные очаги некрозов с очаговой пролиферацией глиоцитов, мелких сосудов, формирование глиозных узелков, очаговая периваскулярная круглоклеточная инфильтрация в мягкую мозговую оболочку мозга.

Осложнения: отёк головного мозга с вклинением миндалин мозжечка в шейно-затылочную дуральную воронку. Геморрагический синдром:



кровоизлияния в серозные и слизистые оболочки, полые и паренхиматозные органы, мягкую мозговую оболочку (мелко- и крупноочаговые кровоизлияния в лёгкие). ДВС-синдром: эритроцитарно-фибриновые тромбы в лёгких, мягкой мозговой оболочке, миокарде, почках, мелкоочаговый миокардит. Отёк лёгких. Смешанная дистрофия, мелкоочаговые кровоизлияния и очаговые некрозы паренхиматозных органов.

Сопутствующие заболевание: атеросклероз аорты (3, IV стадии). Атеросклероз коронарных артерий (2, IV стадии, стеноз ПМЖВ - до 70%, ПКА-20%, ОАЛКА-60%). Гипертоническая болезнь: гипертрофия левых отделов сердца (масса сердца 500г. Толщина стенки левого желудочка 2см), атеросклероз почек, селезёнки.

Смерть пациентки N. 70 лет, страдавшей острым геморрагическим серозным менингоэнцефалитом с геморрагическим синдромом, наступила от отёка головного мозга.

Клиническая картина данного случая соответствует геморрагической лихорадки, учитывая проживание пациентки в эндемичном районе и контакт с переносчиками, в течение жизни, целесообразно расширить спектр верифицируемых заболеваний.

Результаты и их обсуждения

Проведенный анализ современных данных, в частности исследования Захаричевой Т.А. и Семёнова В.А. (2022), демонстрирует, что в Западной Сибири (на примере Кемеровской области) у пациента с лихорадкой после укуса клеща наиболее вероятными являются иксодовый клещевой боррелиоз (инфицированность клещей до 8.5%) и гранулоцитарный анаплазмоз человека (инфицированность до 5.8%). Последний, ввиду характерного для него синдрома тромбоцитопении, требует особенно тщательной дифференциальной диагностики с геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) несмотря на то, что



развернутый геморрагический синдром для анаплазмоза не типичен. Высокая частота микст-инфекций диктует необходимость комплексного лабораторного обследования [2]

К числу таких заболеваний относится тяжелая лихорадка с тромбоцитопеническим синдромом (ТЛТС). Природные очаги ТЛТС на территории России на сегодняшний день локализованы исключительно в южных регионах Дальнего Востока (Приморский и Хабаровский края), в то время как на территории Западной Сибири, включая Кузбасс, аутохтонные случаи ТЛТС не зарегистрированы. [14,15,16]

Клиническая картина ТЛТС характеризуется острым началом, высокой лихорадкой, выраженной интоксикацией и, что наиболее важно, развитием глубокой тромбоцитопении с геморрагическими проявлениями (петехии, кровотечения), а также полиорганными нарушениями. Данная симптоматика имеет значительное сходство с тяжелыми формами других геморрагических лихорадок, а также может в определенной степени имитировать гранулоцитарный анаплазмоз, для которого также характерна тромбоцитопения. Однако, в отличие от анаплазмоза, для ТЛТС типично развернутое течение геморрагического синдрома и высокая летальность. [8, 9]

Таким образом, несмотря на отсутствие официально подтвержденных очагов ТЛТС в Кузбассе, наличие у пациента клинической картины, включающей тяжелую лихорадку, тромбоцитопению и геморрагический синдром, требует проведения расширенной дифференциальной диагностики и исключения данной инфекции лабораторными методами (ПЦР, ИФА), особенно в случае неэффективности стандартной терапии и отрицательных результатов тестов на регионально значимые клещевые инфекции. Данный подход является клинически обоснованным в рамках современной концепции «Одного здоровья»,



учитывающей потенциальную возможность изменения ареалов инфекционных болезней. [6, 7, 17]

Заключение

На примере анализа эпидемиологической обстановки в Кемеровской области и разбора летального клинического случая установлено, что диагностика клещевых инфекций в Западной Сибири сопряжена со значительными трудностями. Вызвано это высокой частотой микст-инфекций, а также схожестью клинико-лабораторных проявлений различных природно-очаговых заболеваний, в первую очередь, гранулоцитарного анаплазмоза человека и геморрагической лихорадки с почечным синдромом.

Представленное наблюдение демонстрирует, что наличие у пациента тяжелой лихорадки, тромбоцитопении и геморрагического синдрома требует выхода за рамки стандартного диагностического поиска. Даже при отсутствии официально зарегистрированных очагов, в сложных диагностических случаях необходимо лабораторное исключение редких для региона, но клинически тяжелых инфекций, таких как тяжелая лихорадка с тромбоцитопеническим синдромом (ТЛТС).

Источники и литература / Sources and references:

1. Gosudarstvennyj doklad «O sostojanii sanitarno jepidemiologicheskogo blagopoluchija naselenija v Kemerovskoj oblasti – Kuzbasse v 2023 godu». Kemerovo, 2024. 302 s. Russian (Государственный доклад «О состоянии санитарноэпидемиологического благополучия населения в Кемеровской области – Кузбассе в 2023 году». Кемерово, 2024. 302 с.)
2. Semenov VA. Prirodno-ochagovye infekcii, peredajushhiesja kleshhami v Zapadnoj Sibiri. Kemerovo: ООО Kompanija JuNITI; 2010. 265 p. Russian (Семенов В.А. Природно-очаговые инфекции, передающиеся клещами в Западной Сибири. Кемерово: ООО Компания ЮНИТИ, 2010. 265 с.)



3. Kleshhevoj virusnyj jencefalit u vzroslyh: klinicheskie rekomendacii: utverzhdeny resheniem Plenuma pravlenija Nacional'nogo nauchnogo obshhestva infekcionistov 30 oktjabrja 2014 goda. M., 2014. Russian (Клещевой вирусный энцефалит у взрослых: клинические рекомендации: утверждены решением Пленума правления Национального научного общества инфекционистов 30 октября 2014 года. М., 2014.)

4. Semenov VA. Prirodno-ochagovye infekcii, peredajushhiesja kleshhami v Zapadnoj Sibiri. Kemerovo: ООО Компания JuNITI; 2010. 265 p. Russian (Семенов В.А. Природно-очаговые инфекции, передающиеся клещами в Западной Сибири. Кемерово: ООО Компания ЮНИТИ, 2010. 265 с.)

5. Zakharycheva TA, Semenov VA, Bondarenko TE, Etenko DA, Mzhelskaya TV, Dragomeretskaya AG, et al. Modern tic-borne encephalitis and other tic-borne infections in Khabarovsk Region and Kemerovsk Region (Kuzbass). Far East Medical Journal. 2022; 3: 6-12. Russian (Захарычева Т.А., Семенов В.А., Бондаренко Т.Е., Этенко Д.А., Мжельская Т.В., Драгомерецкая А.Г., и др. Современный клещевой энцефалит и другие клещевые инфекционные заболевания в Хабаровском крае и в Кемеровской области (Кузбассе) //Дальневосточный медицинский журнал. 2022. № 3. С. 6-12.) doi: 10.35177/199-5191-2022-3-1

6. Андаев Е. И., Адельшин Р. В., Балахонов С. В. Тяжелая лихорадка с тромбоцитопеническим синдромом: современная эпидемиологическая ситуация. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2021;20(4):114–122. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2021-20-4-114-122>.

7. Volkova LI, Kovtun OP, Tereschuk MA. Clinical characteristics of chronical tickborne encephalitis and kozhevnikov's epilepsia partialis continua in the middle urals. Russian journal of child neurology. 2011; 6(2): 3-10. Russian (Волкова Л.И., Ковтун О.П., Терещук М.А. Клинические особенности хронического клещевого



энцефалита и эпилепсии Кожевникова на среднем Урале //Русский журнал детской неврологии. 2011. Т. 6, № 2. С. 3-10.)

8. Nuzhnyi EP, Fedotova EYu, Moskalenko AN, Illarioshkin SN. Difficulties in differential diagnosis of chronic tick-borne encephalitis and progressive supranuclear palsy. Russian neurological journal. 2022; 27(1): 88-93. Russian (Нужный Е.П., Федотова Е.Ю., Москаленко А.Н., Иллариошкин С.Н. Трудности дифференциальной диагностики хронического клещевого энцефалита и прогрессирующего надъядерного паралича //Российский неврологический журнал. 2022. Т. 27, № 1. С. 88-93.) doi: 10.30629/2658-7947-2022-27-1-88-93

9. Shapoval AN. Kleshhevoj jencefalit (jencefalomielit). Leningrad: Medgiz; 1961. 310 p. Russian (Шаповал А.Н. Клещевой энцефалит (энцефаломиелит). Ленинград: Медгиз, 1961. 310 с.)

10. Yu X.J., Liang M.F., Zhang S.Y., et al. Fever with thrombocytopenia associated with a novel bunyavirus in China. N. Engl. J. Med. 2011. Vol. 364. N16. P.1523–1532

11. Xu B., Liu L., Huang X., et al. Metagenomic Analysis of Fever, Thrombocytopenia and Leukopenia Syndrome (FTLS) in Henan Province, China: Discovery of a New Bunyavirus. PloS Pathog. 2011. Vol.7, N11. P. e1002369.

12. Miao D., Dai K., Zhao G.-P., et al. Mapping the global potential transmission hotspots for severe fever with thrombocytopenia syndrome by machine learning methods. Emerg. Microbes. Infect. 2020. Vol. 9, N 1. P. 817–826.

13. Yun S.M., Park S.J., Park S.W., et al. Molecular genomic characterization of tick and human-derived severe fever with thrombocytopenia syndrome virus isolates from South Korea. PloS Negl. Trop. Dis. 2017. Vol. 11, N9. P. e0005893.

14. Setdikova NK, Karan LS, Lisak OV, Kolyasnikova NM. Kleshchevye infektsii: kliniko-laboratornaya kharakteristika i differentsialnaya diagnostika. Infektsionnye Bolezni: Novosti, Mneniya, Obuchenie. 2020;9(2):60-68. Russian (Сетдикова Н.Х., Каран Л.С., Лисак О.В., Колясникова Н.М. Клещевые инфекции: клинико-лабораторная характеристика и дифференциальная диагностика. Инфекционные болезни: Новости, Мнения, Обучение. 2020;9(2):60-68.



клинико-лабораторная характеристика и дифференциальная диагностика. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2020;9(2):60-68.)

15. Karan LS, Chernyavskaya OF, Lisak OV, Makenov MT, Shipulin GA. Granulotsitarnyi anaplazmoz cheloveka: sovremennyye predstavleniya o diagnostike i klinicheskikh proyavleniyakh. Epidemiologiya i Vaktsinoprofilaktika. 2018;17(5):60-67. Russian (Каран Л.С., Чернявская О.Ф., Лисак О.В., Макенов М.Т., Шипулин Г.А. Гранулоцитарный анаплазмоз человека: современные представления о диагностике и клинических проявлениях. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2018;17(5):60-67.)

16. Pokrovskii VI, Pak SG, Briko NI, Danilkin BK. Infektsionnye bolezni i epidemiologiya: uchebnik. 3-e izd. Moscow: GEOTAR-Media; 2016. 1008 p. Russian (Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник. 3-е изд. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 1008 с.)

17. Tkachenko EA, Dzagurova TK, Morozov VG, Ishmukhametov AA, Kruger DH. Gemorragicheskaya likhoradka s pochechnym sindromom v Rossii. Terapevticheskii Arkhiv. 2019;91(3):80-88. Russian (Ткаченко Е.А., Дзагурова Т.К., Морозов В.Г., Ишмухаметов А.А., Крюгер Д.Х. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в России. Терапевтический архив. 2019;91(3):80-88.)

18. Shipulin GA, Volkov VV, Karan LS, Makenov MT, Bouyangou SA. Molekulyarno-biologicheskie metody v diagnostike prirodno-ochagovykh infektsii. Klinicheskaya Laboratornaya Diagnostika. 2020;65(6):341-348. Russian (Шипулин Г.А., Волков В.В., Каран Л.С., Макенов М.Т., Буянгу С.А. Молекулярно-биологические методы в диагностике природно-очаговых инфекций. Клиническая лабораторная диагностика. 2020;65(6):341-348.)



**ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
УПОТРЕБЛЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ПАВ:
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

Вяслева А. К., Ермакова А. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

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

Аннотация. В статье представлен теоретический обзор современных подходов к пониманию психических и поведенческих расстройств, возникающих вследствие употребления различных групп психоактивных веществ (ПАВ). Рассматриваются биологические, психологические и социокультурные факторы формирования зависимого поведения, а также механизмы, лежащие в основе патологической мотивации и нарушений саморегуляции. В работе подчёркивается необходимость междисциплинарного подхода, объединяющего достижения нейробиологии, психотерапии и культурологии. Такой синтез позволяет рассматривать зависимость не как изолированное клиническое явление, а как отражение глубинных социальных и экзистенциальных кризисов современного человека.

Ключевые слова: зависимость; психоактивные вещества; психические и поведенческие расстройства; мотивация; нейробиологическая модель; психодинамический подход; экзистенциальная психология; совладание с травмой; междисциплинарный подход; изменённые состояния сознания.

**MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS CAUSED BY
THE USE OF VARIOUS GROUPS
OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES**

Vyasleva A. K., Ermakova A. V.

Department of Psychology



Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

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

Abstract. The article presents a theoretical review of modern approaches to understanding mental and behavioral disorders arising from the use of various groups of psychoactive substances (PAS). Biological, psychological and sociocultural factors of the formation of addictive behavior are considered, as well as the mechanisms underlying pathological motivation and disorders of self-regulation. The paper emphasizes the need for an interdisciplinary approach that combines the achievements of neuropsychology, psychotherapy, and cultural studies. This synthesis allows us to view addiction not as an isolated clinical phenomenon, but as a reflection of the deep-seated social and existential crises faced by modern individuals.

Keywords: addiction; psychoactive substances; mental and behavioral disorders; motivation; neurobiological model; psychodynamic approach; existential psychology; coping with trauma; interdisciplinary approach; altered states of consciousness.

Введение

Проблема психических и поведенческих расстройств, обусловленных употреблением психоактивных веществ (ПАВ), остаётся одной из наиболее сложных и многослойных в современной психологии и психиатрии. Несмотря на очевидный биологический компонент зависимости, её сущность выходит далеко за пределы нейрохимических процессов — затрагивая личностные, социальные и экзистенциальные измерения человеческого бытия.

В XXI веке зависимость перестала восприниматься исключительно как проявление слабости воли или преступного выбора. Сегодня она рассматривается как форма адаптации личности к внутреннему конфликту и социальной неопределённости, как своеобразная попытка восстановить утраченное равновесие



между психикой и миром. В этом контексте зависимость можно трактовать не только как разрушение, но и как искажённый поиск связи, смысла и контроля (Матэ, 2021; Фромм, 2020).

Психоактивные вещества — от алкоголя и опиоидов до каннабиноидов и стимуляторов

— оказывают влияние на центральные механизмы вознаграждения мозга, формируя патологическую мотивацию и нарушая способность к саморегуляции (Volkow, Koob, McLellan). Однако клиническая зависимость не сводится к биохимическому сбою: она проявляется как расстройство отношения человека с самим собой, с другими и с реальностью. Именно поэтому теоретический анализ требует выхода за рамки медицины — в сферу психологии личности, философии и культурологии.

История научного осмысления зависимостей показывает постоянное напряжение между медицинской моделью («болезнь мозга») и психологической моделью («болезнь смысла»). Психоаналитическая и экзистенциальная традиции рассматривают употребление ПАВ как форму ухода от тревоги, вызванной столкновением с внутренней пустотой, одиночеством и утратой ценностных ориентиров. В этом смысле зависимость выступает не только симптомом, но и зеркалом эпохи, отражающим кризис идентичности современного человека.

Актуальность темы определяется ростом распространённости зависимостей, их омоложением и увеличением числа смешанных форм — когда границы между химическими и нехимическими аддикциями стираются. Кроме того, в современной диагностике наблюдается тенденция расширения понятия зависимого поведения: от классических наркологических расстройств до интернет-зависимости, шопинг- или игромании.

Цель настоящей работы — осуществить теоретический обзор психических и поведенческих расстройств, обусловленных употреблением различных групп



ПАВ, с акцентом на междисциплинарное понимание феномена зависимости. В ходе анализа будут рассмотрены основные нейробиологические, психологические и социокультурные концепции, а также выявлены их точки пересечения, противоречия и перспективы синтеза.

Такой подход позволит рассмотреть зависимость не только как объект медицинской диагностики, но и как пограничное явление между стремлением к свободе и страхом перед ней, раскрывающее внутренние механизмы человеческой уязвимости, поиска и саморазрушения.

Объекты и методы исследования

Объект исследования — психические и поведенческие расстройства, обусловленные употреблением различных групп психоактивных веществ (ПАВ), рассматриваемые как комплексное психобиосоциальное явление.

Предмет исследования — психологические механизмы формирования и поддержания зависимого поведения, а также теоретические подходы к интерпретации зависимости в нейробиологической, психодинамической и экзистенциальной парадигмах.

Поскольку работа носит теоретико-обзорный характер, основное внимание уделено систематизации и критическому анализу современных научных и философско- психологических концепций зависимости.

Методы исследования

Теоретико-аналитический метод — использован для выявления ключевых направлений изучения зависимости в психологии и психиатрии, а также для анализа различий между биологическим, когнитивно-поведенческим и гуманистическим подходами.

Контент-анализ научных источников — позволил выявить основные категории и концепты, определяющие современное понимание зависимости



(мотивация, саморегуляция, нейропластичность, травма, смысл, привязанность и др.).

Интерпретационно-феноменологический метод — использован для рассмотрения субъективного опыта зависимости и изменённых состояний сознания с позиций экзистенциальной и трансперсональной психологии (Гроф, Кемпински, Фромм).

Синтетический метод — позволил объединить результаты анализа в целостную междисциплинарную модель, рассматривающую зависимость как пограничное состояние между биологическим детерминизмом и личностным поиском смысла.

Результаты и их обсуждение

Анализ современных научных и психологических источников позволил выделить несколько ключевых направлений в понимании природы психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Каждое из них отражает особую логику осмысления зависимости — от биологической детерминации до экзистенциального выбора личности.

Нейробиологическая перспектива: зависимость как болезнь мозга
Современные нейронаучные исследования (Volkow, Koob, McLellan)

подтверждают, что употребление ПАВ вызывает долговременные изменения в системах вознаграждения и самоконтроля, прежде всего в структурах мезолимбического пути. Возникает так называемая «мотивационная сенситизация» (Robinson & Berridge, 2008) — патологическое усиление реакции мозга на сигналы, связанные с веществом.

Результаты многочисленных экспериментов показывают, что зависимость не сводится к слабости воли: она имеет прочную нейрохимическую основу, связанную с дисбалансом дофаминовой системы и нарушением механизмов



торможения. В этом контексте зависимое поведение выступает как хроническое рецидивирующее заболевание мозга, требующее комплексной терапии.

Однако сугубо биологическая модель оставляет за рамками анализа ключевой вопрос

— почему именно одни люди становятся зависимыми, а другие, находясь в тех же условиях, нет. Это противоречие открывает пространство для психологической и философской интерпретации.

С позиций психодинамической теории (Мясищев, Василюк, Линехан) зависимость рассматривается как способ ухода от невыносимых эмоций и нерешённых внутренних конфликтов. ПАВ становятся средством регуляции аффекта, попыткой создать искусственное ощущение целостности и контроля.

Г. Матэ (2021) подчёркивает, что зависимость не рождается из желания удовольствия, а из боли, которую человек стремится заглушить. Таким образом, наркотик, алкоголь или иное вещество выступает не столько объектом страсти, сколько заменителем связи — с собой, с другими, с миром.

Психодинамическая модель дополняет биологическую, показывая, что зависимость имеет смысловую основу: это не только расстройство поведения, но и форма существования, в которой личность бессознательно пытается восполнить внутреннюю нехватку любви, принятия, безопасности.

Экзистенциальная психология (Фромм, Гроф, Кемпински) предлагает рассматривать зависимость как искажённый поиск свободы и подлинности. Человек, не находя смысла в реальности, обращается к веществу как к «временной двери» в изменённое состояние сознания — к иллюзии выхода за пределы обыденности.

С. Гроф отмечал, что изменённые состояния сознания, вызываемые ПАВ, нередко отражают архетипические структуры бессознательного и стремление личности к расширению опыта. В этом контексте зависимость предстает не только



патологией, но и симптомом духовного кризиса, попыткой восполнить экзистенциальный дефицит современного мира.

Сравнительный анализ всех трёх подходов позволяет увидеть зависимость как многоуровневое и противоречивое состояние, в котором переплетаются биологические, психологические и социокультурные детерминанты.

Биологическая модель объясняет механизм зависимости;

Психодинамическая модель — её внутренний смысл;

Экзистенциальная модель — её антропологическую глубину.

Современные исследователи (Degenhardt et al., 2021) отмечают, что наиболее эффективные программы помощи строятся на интегративном подходе, соединяющем медикаментозную терапию с психотерапией, арт-терапией, практиками осознанности и восстановлением социальных связей. Именно сочетание нейронаучного и гуманистического взгляда позволяет увидеть в зависимом человеке не объект коррекции, а субъекта переживания, нуждающегося в понимании, а не только в лечении.

Заключение

Проведённый теоретический анализ показал, что психические и поведенческие расстройства, обусловленные употреблением ПАВ, не могут быть объяснены в рамках одной дисциплины. Это многофакторный феномен, включающий взаимодействие нейробиологических, личностных и экзистенциальных уровней психической организации.

Зависимость — это не только нарушение, но и форма коммуникации с миром, пусть и разрушительная. Через неё человек выражает боль, одиночество и стремление быть услышанным. Поэтому эффективное понимание и терапия зависимостей требуют не только медицинского вмешательства, но и психологического диалога, способного восстановить утраченную связь человека с самим собой.



Источники и литература/ Sources and references

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. — М.: Изд-во МГУ. 2005.
2. Кемпински А. Психопатология и познание. — СПб. Ювента. 2011
3. Мясищев В.Н. Психология отношений. — Л.: Изд-во ЛГУ. 1999
4. Миронов А.Н., Марков А.Н. Психиатрия: учебник для медицинских вузов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). _ Washington, DC: APA Publishing, 2022.
6. Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11);: раздел ССА - Расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ или аддиктивным поведением. — Женева: ВОЗ, 2022.
7. Гроф С. За пределами мозга: рождение, смерть и трансценденция в психотерапии. — М.: Изд-во Трансперсонального института., 2001
8. Матэ Г. В плену призраков: близость, зависимость и исцеление. — М.: Манн, Иванов и Фербер, 2021.
9. Линехан М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства Личности. — М. ГЭОТАР-Медиа, 2020.
10. Николаев Е.Л. Наркомании: психиатрия зависимостей. — М.: Академия.
11. Volkow, N.D., Koob, G.F., & McLellan, A.T. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. New England Journal of Medicine.
12. Robinson, T.E., & Berridge, K.C. (2008). The incentive sensitization theory of addiction; some current issues. Philosophical Transactions of the Royal Society.
13. Degenhardt, L., et al. (2021). The global burden of disease attributable to drug use disorders. The Lancet psychiatry.
14. Фромм Э. Бегство от свободы. — М.: АСТ, 2020.



АРТ-ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРЕОДОЛЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Вяслева У. Р., Каверина А. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

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

Аннотация. В статье анализируется феномен арт-терапии как эффективного метода самопомощи в стрессовых состояниях. Раскрываются психологические механизмы терапевтического воздействия художественного творчества, музыки, пластического и литературного самовыражения на эмоциональную сферу личности. Подчёркивается универсальность и доступность арт-терапевтических приёмов в бытовых условиях, их роль в профилактике эмоционального выгорания и тревожных расстройств. На основе теоретического анализа отечественных и зарубежных источников обосновывается, что творческая активность способствует снижению уровня тревожности, восстановлению внутреннего равновесия и повышению стрессоустойчивости.

Ключевые слова: арт-терапия, стресс, самопомощь, эмоциональное выгорание, психокоррекция, творчество.

ART THERAPY AS A METHOD OF OVERCOMING EMOTIONAL STRESS: A LITERATURE REVIEW

Vyasleva U. R., Kaverina A. V.

Department of Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

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



Abstract. This article examines the phenomenon of art therapy as an effective method of self-help in stressful conditions. The psychological mechanisms of the therapeutic influence of visual art, music, dance, and creative writing on the emotional sphere are analyzed. The universality and accessibility of art-therapeutic techniques in everyday life, their role in the prevention of emotional burnout and anxiety disorders, are emphasized. Based on a theoretical analysis of both Russian and international studies, the paper argues that creative activity reduces anxiety, restores inner balance, and enhances stress resilience.

Keywords: art therapy, stress, self-help, emotional burnout, psychotherapy, creativity.

Введение

Современное общество характеризуется высокой степенью психоэмоционального напряжения, обусловленного информационной перегрузкой, экономической нестабильностью, ускоренным темпом жизни и перманентными социальными трансформациями. Эти факторы усиливают стрессовые воздействия на индивидов, что подтверждается данными Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Согласно статистике ВОЗ, уровень хронического стресса среди трудоспособного населения ежегодно возрастает. Это приводит к увеличению распространенности психосоматических заболеваний, феномену эмоционального выгорания и ухудшению качества жизни.

Хронический стресс, в свою очередь, оказывает комплексное негативное влияние на психическое и физическое здоровье человека. В условиях постоянного стресса наблюдаются дисфункции в работе гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы, что приводит к гиперактивации симпатической нервной системы и, как следствие, к повышению уровня кортизола в крови. Это



способствует развитию метаболических нарушений, сердечно-сосудистых заболеваний и иммунодефицитных состояний.

Эмоциональное выгорание, как один из наиболее значимых последствий хронического стресса, представляет собой синдром, характеризующийся эмоциональным истощением, деперсонализацией и снижением профессиональной эффективности. Данный феномен широко распространен в профессиональной среде, особенно среди медицинских работников, педагогов и специалистов, занятых в сфере услуг.

В этих условиях особую значимость приобретают методы психологической самопомощи, не требующие медицинского вмешательства и позволяющие мягко регулировать эмоциональное состояние. Арт-терапия (от англ. art therapy) относится именно к таким методам. Её эффективность подтверждается как клинической практикой, так и данными психофизиологических исследований, указывающих на благотворное влияние творческой деятельности на нервную систему и эмоциональный фон человека.

Исторически арт-терапия сформировалась на стыке психоанализа и художественного творчества. Её истоки восходят к идеям З. Фрейда и К. Г. Юнга, рассматривавших символическое изображение как средство выражения бессознательных содержаний. В 1940-е годы американская художница и психолог М. Наумбург впервые ввела термин «art therapy», предложив использовать рисунок и живопись в качестве формы психотерапевтической коммуникации. Позже Э. Крамер и А. Хилл развили концепцию терапевтической ценности творческого акта как процесса саморегуляции. В России метод получил развитие в работах Е. Михайловой, О. Орестовой, Л. Дубровиной и др.

Цель работы — раскрыть психологические и нейропсихологические механизмы эффективности арт-терапии как инструмента самопомощи в



стрессовых состояниях, а также показать её доступность и профилактический потенциал.

Объекты и методы исследования

Объект исследования — процессы психологической саморегуляции в условиях стресса.

Предмет исследования — арт-терапия как метод эмоциональной стабилизации и средство самопомощи.

Для достижения поставленной цели был применён комплекс теоретико-аналитических методов:

Теоретический анализ — системное изучение отечественных и зарубежных публикаций по психологии стресса, эмоциональной саморегуляции и арт-терапевтическим практикам. Анализировались концепции К. Роджерса, М. Наумбург, К. Юнга, А. Маслоу, Э. Крамер, а также современные нейropsychологические модели креативности.

Метод наблюдения — обобщение данных наблюдений за поведением и эмоциональными реакциями личности в процессе художественного творчества (рисование, музыка, пластика, лепка). Наблюдения позволили выявить общие закономерности снижения тревожности и восстановления эмоционального фона.

Метод моделирования — построение теоретических моделей влияния творческого процесса на психоэмоциональное состояние, включая фазы погружения, катарсиса и интеграции эмоционального опыта.

Метод сравнительного анализа — сопоставление арт-терапии с другими формами самопомощи (медитация, дыхательные практики, когнитивная реструктуризация) с целью выявления её преимуществ в доступности и глубине эмоционального воздействия.



Данные методы позволили интегрировать гуманитарные, психологические и нейрофизиологические подходы, формируя целостное представление о роли творчества в регуляции эмоционального состояния.

Результаты и их обсуждение

1. Эмоционально-регуляторный эффект арт-терапии

Одним из важнейших механизмов терапевтического воздействия искусства является способность к эмоциональной разрядке.

Согласно концепции Э. Крамер, процесс творчества активирует бессознательные импульсы, позволяя им безопасно выражаться в символической форме. Это снижает внутреннее напряжение и предотвращает соматизацию эмоций.

Нейрофизиологические исследования показывают, что при занятии изобразительной деятельностью активизируются области мозга, связанные с выработкой дофамина и серотонина, что способствует формированию чувства удовлетворения и внутреннего покоя.

Особенно выражен этот эффект при спонтанном рисовании и свободной пластике, когда отсутствует контроль рационального сознания.

Таким образом, арт-терапия обеспечивает эмоциональный катарсис — очищение от накопленных чувств и восстановление психического равновесия. Для человека, находящегося в состоянии стресса, это выступает естественным механизмом психологической самопомощи.

2. Когнитивный аспект арт-терапии

Творческая деятельность не только высвобождает эмоции, но и способствует осмыслению собственного опыта. Арт-терапия запускает процессы когнитивной реструктуризации — изменения отношения человека к стрессовой ситуации. По мнению К. Роджерса, самовыражение через творчество усиливает самопонимание и способствует развитию аутентичного



«Я». В процессе рисования, лепки или написания текста человек проецирует внутренние конфликты наружу, приобретая возможность наблюдать их со стороны. Это позволяет осознать глубинные причины тревожности и найти новые интерпретации происходящего.

Таким образом, арт-терапия выполняет когнитивно-рефлексивную функцию, переводя эмоциональный опыт в область осознанного анализа, что укрепляет стрессоустойчивость личности.

3. Телесно-психологическая интеграция

Стресс затрагивает не только психическую, но и соматическую сферу. Арт-терапия способствует восстановлению контакта между телом и сознанием. При выполнении творческих действий (рисование, движение, лепка) активизируются сенсомоторные зоны коры, улучшается проприоцептивная чувствительность, что ведёт к осознанию телесных реакций.

Согласно концепции, Н. Хасс-Козн, процесс создания художественного образа включает синхронизацию ритмов дыхания, движений и эмоциональных состояний. Это создаёт эффект телесного заземления, снижает физиологические проявления тревоги (напряжение мышц, тахикардию, поверхностное дыхание). Таким образом, арт-терапия обеспечивает соматическую регуляцию через телесно-ориентированное переживание творчества, объединяя психическую и физиологическую составляющие личности.

4. Социально-психологический и профилактический потенциал

Арт-терапия обладает высокой социальной универсальностью. Её можно применять индивидуально и в группе, в клинических, образовательных и домашних условиях. Отсутствие необходимости художественных навыков делает этот метод доступным практически каждому.

Регулярное обращение к творчеству способствует развитию эмпатии, коммуникативных навыков, снижению чувства изоляции. В условиях социальной



неопределённости арт-терапия выполняет функцию поддержания внутренней стабильности и позитивной самоидентичности.

Профилактическая роль арт-терапии заключается в предупреждении хронического стресса и эмоционального выгорания. Простые формы

— рисование мандал, коллаж, ведение визуального дневника, музыкальная импровизация — позволяют самостоятельно восстанавливать ресурсное состояние и предотвращать развитие психосоматических нарушений.

Заключение

В контексте нарастающей тенденции к хронизации стресса и его последствий, необходимо акцентировать внимание на разработке и внедрении эффективных стратегий профилактики и коррекции психоэмоционального состояния. Важную роль в этом процессе играют психообразовательные программы, направленные на повышение осведомленности населения о механизмах стресса и способах его преодоления. Также необходимо развивать систему психологической поддержки, включая индивидуальные и групповые консультации, когнитивно-поведенческую терапию и другие методы, способствующие снижению уровня стресса и улучшению качества жизни.

Арт-терапия является мощным и доступным инструментом самопомощи в стрессовых состояниях. Её эффективность определяется сочетанием эмоциональной разрядки, когнитивной переработки и телесной интеграции. Этот метод не требует специальных условий или профессиональных навыков, а потому может быть внедрён в повседневную практику для профилактики и коррекции стрессовых проявлений.

В отличие от медикаментозных средств или формализованных психотехник, арт-терапия обращается к естественным ресурсам личности, активизируя её



творческий потенциал. Она способствует восстановлению внутреннего равновесия, повышению уровня саморефлексии и укреплению эмоциональной устойчивости.

Таким образом, арт-терапия выступает не только как терапевтический, но и как социокультурный феномен, обеспечивающий гармонизацию личности и общества через творчество. Её интеграция в программы психологического сопровождения и образовательные практики может стать важным направлением профилактики стрессовых расстройств в XXI веке.

Источники и литература/ Sources and references:

1. 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. Наумбург М. Арт-терапия: творческое самовыражение как путь к самопознанию. — СПб.: Речь, 2010.
2. Арт-терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации : сборник материалов IV Международной научно-практической конференции (Кемерово, 18 апреля 2025 г.) / Г. В. Акименко, Л. В. Гукина, Ю. Ю. Кирина, А. И. Копытин, А. М. Селедцов, А. С. Яковлев ; отв. ред. Г. В. Акименко. — Кемерово : КемГМУ, 2025. — 591 с. — ISBN 978-5-8151-0349-8. - Текст : электронный
3. Головки О.В., Салтанова Е.В., Боровикова З.В., Шмакова О.В., Захаренкова К.А. Отношение к арт-терапии обучающихся в Кемеровском государственном медицинском университете // В сборнике: Практика исцеления творчеством: современная арт-терапия в образовании, медицине и социальной сфере. сборник материалов Международной научно - практической конференции. Кемерово, 2022. С. 92-97.



4. Csikszentmihalyi M. Creativity: Flow and the Psychology of Discovery and Invention. — New York: HarperCollins, 1996.
5. Rubin J. Approaches to Art Therapy: Theory and Technique. — New York: Routledge, 2016.
6. Hass-Cohen N., Carr R. Art Therapy and Clinical Neuroscience. — London: Jessica Kingsley Publishers, 2008.
7. Hill A. Art as Experience in Therapy. — London: Tavistock, 1968.
8. Jung C. G. Man and His Symbols. — New York: Dell, 1964.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ
СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА
У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ: РОЛЬ АЛЕКСИТИМИИ
И ПЕРФЕКЦИОНИЗМА**

Гилязова С. 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 данной статье речь пойдёт о синдром раздраженного кишечника (СРК), который является одним из наиболее распространенных функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, особенно среди лиц молодого возраста. Биопсихосоциальная модель СРК признает ведущую роль психологических факторов в его этиопатогенезе. Однако специфические механизмы влияния таких личностных черт, как алекситимия и перфекционизм, на возникновение и хронификацию симптоматики СРК остаются недостаточно изученными, что и определяет актуальность настоящего исследования.



Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника (СРК), клиническая психология, психосоматика, алекситимия, перфекционизм, молодой возраст, эмоциональная регуляция.

**PSYCHOLOGICAL FACTORS OF FORMATION AND MAINTENANCE
OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN YOUNG PEOPLE:
THE ROLE OF ALEXITHYMIA AND PERFECTIONISM**

Gilyazova S. V.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Senior Lecturer A. S. Yakovlev

Abstract. This article will focus on irritable bowel syndrome (IBS), which is one of the most common functional disorders of the gastrointestinal tract, especially among young people. The biopsychosocial model of IBS recognizes the leading role of psychological factors in its etiopathogenesis. However, the specific mechanisms of the influence of personality traits such as alexithymia and perfectionism on the occurrence and chronification of IBS symptoms remain insufficiently studied, which determines the relevance of this study.

Keywords: Irritable Bowel Syndrome (IBS), clinical psychology, psychosomatics, alexithymia, perfectionism, young adults, emotional regulation.

Введение

Синдром раздраженного кишечника (СРК) является биопсихосоциальным функциональным расстройством, характеризующимся абдоминальной болью, связанной с дефекацией, изменением частоты и характера стула при отсутствии структурных или биохимических отклонений [1]. Распространенность СРК среди



молодых людей достигает 15-25%, что делает его значимой медико-социальной проблемой, существенно снижающей качество жизни [2].

Современные модели патогенеза СРК подчеркивают ключевую роль дисрегуляции в оси «головной мозг – кишечник», на которую оказывают мощное влияние психологические факторы [3]. Среди них особый интерес представляют алекситимия и перфекционизм. Алекситимия, определяемая как трудность в идентификации, описании и различении чувств, затрудняет когнитивную переработку эмоций, что ведет к их соматизации [4]. Перфекционизм, характеризующийся установкой на нереалистично высокие стандарты и чрезмерной критичностью к себе, создает состояние хронического психофизиологического стресса, являющегося триггером и поддержателем функциональной гастроинтестинальной симптоматики [5].

Несмотря на имеющиеся данные о связи этих черт с различными психосоматическими расстройствами, их совместный вклад в формирование специфического профиля пациента с СРК молодого возраста изучен недостаточно. Гипотеза исследования: предполагается, что молодые люди с СРК характеризуются значимо более высокими уровнями алекситимии и перфекционизма по сравнению со здоровой контрольной группой, и эти личностные особенности являются значимыми предикторами тяжести симптоматики СРК.

Методы исследования

Дизайн исследования: Сравнительное одномоментное исследование. Участники: В исследование были включены 60 человек в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст – $23,4 \pm 2,7$ года). Основную группу составили 30 пациентов с установленным диагнозом СРК в соответствии с Римскими критериями IV. Контрольную группу – 30 условно здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту, без жалоб со стороны ЖКТ и диагностированных психических расстройств.



Методы исследования

Клинико-психологический метод: Сбор анамнеза, структурированное интервью. Торонтская алекситимическая шкала (TAS-20): Оценка уровня алекситимии (пороговое значение ≥ 74 балла для российской выборки) и ее компонентов: трудности идентификации чувств (ТИЧ), трудности описания чувств (ТОЧ), экстерналистское мышление (ЭОМ).

Многомерная шкала перфекционизма (MPS-N): Диагностика самоориентированного, социально предписанного и других видов перфекционизма.

Опросник выраженности симптоматики СРК (GSRS-IBS): Оценка тяжести абдоминальной боли, диспепсии, диареи, запора и метеоризма.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS): Для контроля сопутствующей психопатологической симптоматики.

Статистический анализ: проводился с использованием программы SPSS 23.0. Применялись методы описательной статистики, t-критерий Стьюдента для сравнения независимых выборок, корреляционный анализ Пирсона и пошаговый множественный регрессионный анализ для выявления предикторов.

Результаты и обсуждение

Сравнительный анализ показателей основной и контрольной групп. Результаты сравнительного анализа продемонстрировали наличие статистически значимых различий по всем основным психологическим переменным между группами (Таблица 1).

Как видно из Таблицы 1, пациенты с СРК имеют достоверно более высокие уровни алекситимии и ее компонентов, а также социально предписанного и самоориентированного перфекционизма.



Таблица 1.

Сравнительный анализ показателей алекситимии и перфекционизма в основной и контрольной группах ($M \pm \sigma$)

Показатель	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)	t-критерий	p
TAS-20, общий балл	68.4 $\pm$ 7.2	52.1 $\pm$ 6.8	8.91	<0.001
ТИЧ	26.3 $\pm$ 3.5	18.9 $\pm$ 3.1	8.65	<0.001
ТОЧ	19.8 $\pm$ 2.9	14.2 $\pm$ 2.5	8.02	<0.001
Социально предписанный перфекционизм	72.1 $\pm$ 8.4	58.5 $\pm$ 7.1	6.78	<0.001
Самоориентированный перфекционизм	65.5 $\pm$ 7.8	60.2 $\pm$ 6.9	2.75	<0.01

Результаты корреляционного анализа

В основной группе был проведен корреляционный анализ между психологическими переменными и показателями тяжести симптоматики СРК (GSRS-IBS). Выявлены статистически значимые положительные корреляции средней и сильной степени:

Общий балл TAS-20 и тяжесть абдоминальной боли: $r=0.68$, $p<0.01$.

Социально предписанный перфекционизм и тяжесть диспепсии: $r=0.72$, $p<0.01$.



ТИЧ и общий балл GSRS-IBS: $r=0.65$, $p<0.01$.

Социально предписанный перфекционизм и уровень тревоги (HADS): $r=0.71$, $p<0.01$.

Результаты регрессионного анализа

Для определения вклада изучаемых факторов в тяжесть симптоматики СРК был проведен множественный регрессионный анализ. В качестве зависимой переменной выступал общий балл GSRS-IBS. В качестве предикторов включались показатели, продемонстрировавшие значимые корреляции: общий балл TAS-20, социально предписанный перфекционизм и уровень тревоги (HADS).

Итоговая регрессионная модель оказалась статистически значимой ($F(2,27)=24.85$, $p<0.001$) и объяснила 62% дисперсии тяжести симптоматики СРК ($R^2=0.62$). Наибольший вклад в модель внесли:

Алекситимия (TAS-20): $\beta=0.48$, $p<0.001$.

Социально предписанный перфекционизм: $\beta=0.41$, $p<0.01$.

Уровень тревоги не вошел в итоговую модель как независимый предиктор, что может свидетельствовать о его опосредованной связи с симптоматикой СРК через алекситимию и перфекционизм.

Обсуждение

Полученные результаты полностью подтверждают выдвинутую гипотезу. Молодые люди с СРК обладают специфическим психологическим профилем, для которого характерны выраженные трудности в эмоциональной сфере (алекситимия) и ригидная система требований к себе и окружающему миру (перфекционизм).

Выявленные корреляции и результаты регрессионного анализа позволяют предположить возможный психофизиологический механизм. Алекситимия, затрудняя осознание и вербализацию эмоционального напряжения, приводит к его «запуску» по альтернативному, соматическому пути, проявляясь в виде



висцеральной гиперчувствительности и моторных нарушений кишечника [6]. Социально предписанный перфекционизм (убежденность в том, что другие предъявляют к человеку завышенные требования) создает постоянный фон социального стресса и страха несоответствия, что активирует симпатoadреналовую систему и провоцирует обострение симптомов СРК [5].

Тот факт, что именно социально предписанный перфекционизм, а не самоориентированный, оказался ключевым предиктором, указывает на важность интерперсонального аспекта в поддержании расстройства. Это согласуется с данными о том, что пациенты с СРК часто демонстрируют высокую сенситивность к социальному отвержению и критике.

Ограничения исследования: Относительно небольшой размер выборки и ее пациентов из одной клиники могут ограничивать генерализацию результатов. Для уточнения причинно-следственных связей целесообразно проведение лонгитюдных исследований.

Заключение

У молодых людей с синдромом раздраженного кишечника статистически значимо выше уровень алекситимии и перфекционизма по сравнению со здоровыми сверстниками.

Алекситимия и социально предписанный перфекционизм являются значимыми психологическими предикторами тяжести симптоматики СРК, образуя комплекс, способствующий хронификации заболевания.

Полученные данные имеют важное практическое значение для клинической психологии и психотерапии. Они обосновывают необходимость целенаправленной работы с эмоциональной сферой (развитие навыков идентификации и выражения чувств, эмоциональный интеллект) и когнитивных установок (снижение перфекционистских требований, когнитивная реструктуризация) в рамках комплексного лечения пациентов с СРК. Наиболее релевантными представляются



методы когнитивно-поведенческой терапии, терапии принятия и ответственности (АСТ) и психотерапии, сфокусированной на сострадании (CFT).

Источники и литература/ Sources and references:

1. Drossman D.A. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV // Gastroenterology. 2016. Vol. 150. P. 1262–1279.
2. Lovell R.M., Ford A.C. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis // Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2012. Vol. 10(7). P. 712–721.
3. Mayer E.A., Tillisch K. The brain-gut axis in abdominal pain syndromes // Annual Review of Medicine. 2011. Vol. 62. P. 381–396.
4. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine // Psychosomatics. 1991. Vol. 32(2). P. 153–164.
5. Flett G.L., Hewitt P.L. Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues // Perfectionism: Theory, research, and treatment. 2002. P. 5–31.
6. Porcelli P., Taylor G.J., Bagby R.M., De Carne M. Alexithymia and functional gastrointestinal disorders: A comparison with inflammatory bowel disease // Psychotherapy and Psychosomatics. 1999. Vol. 68(5). P. 263–269.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ: ФАКТОРЫ РИСКА И ПОСЛЕДСТВИЯ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Глушкова У. В., Радаева П. Ю.

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 современных условиях подход к профессиональной деятельности существенно трансформируется. Эти изменения порождают у людей чувство неуверенности в будущем и обостряют конкурентную борьбу за привлекательные вакансии, формируя принципиально новые социально-трудовые отношения. Динамично меняющиеся требования профессиональной среды способствуют снижению престижа социально ориентированных специальностей, в частности медицинских. Возникающая в этих условиях психологическая напряженность находит выражение в различных формах профессионального стресса, повышенной тревожности, эмоциональной апатии, психосоматических проявлений. Совокупность этих симптоматических проявлений указывает на увеличение масштабов распространения синдрома эмоционального выгорания. Настоящее исследование направлено на анализ природы и ключевых аспектов данного феномена, с особым вниманием к особенностям его проявления в профессиональной деятельности медицинских работников.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, стресс, синдром, тревожность, медицинские работники.

EMOTIONAL BURNOUT: RISK FACTORS AND CONSEQUENCES. LITERATURE REVIEW

Glushkova U. V., Radaeva P. Y

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Akimenko G. V.

Abstract. In today's world, approaches to professional activity are undergoing significant transformation. These changes create a sense of uncertainty about the future and intensify competition for attractive positions, creating fundamentally new social and



labor relations. The dynamically changing demands of the professional environment contribute to the declining prestige of socially oriented professions, particularly medical ones. The psychological strain arising in these conditions is expressed in various forms of professional stress, increased anxiety, emotional apathy, and psychosomatic symptoms. The combination of these symptoms indicates an increasing prevalence of emotional burnout syndrome. This study aims to analyze the nature and key aspects of this phenomenon, with particular attention to the specific aspects of its manifestation in the professional activities of healthcare workers.

Keywords: emotional burnout, stress, syndrome, anxiety, healthcare workers.

Введение

Согласно Всемирной организации здравоохранения, эмоциональное выгорание (или профессиональное выгорание) — это синдром, возникающий под воздействием хронического рабочего стресса, с которым работник не может справиться. Профессии, требующие постоянной коммуникации, в том числе медицинский персонал, особенно уязвимы: высокий уровень стресса, эмоциональные перегрузки и ответственность за здоровье пациентов «собственность» этой группы [7].

Эпидемиология синдрома среди российских медицинских работников демонстрирует значительный разброс показателей- от 4,5 % до 98% в зависимости от отделения, специальности и применяемого диагностического инструментария [10]. По результатам метаанализа, проведенного с использованием методики К.Маслач и С.Джексона общая распространённость синдрома эмоционального выгорания среди медицинских работников в Российской Федерации составил 61% [10]. Раздражительность медицинского работника является фактором, повышающий вероятность появления синдрома выгорания. Выгоранию подвержены те, кто работает с особым энтузиазмом. Помогая другим и не



чувствуя ничего взамен, они начинают ощущать разочарование [11]. Сталкиваясь с проблемами, человек начинает сомневаться в своих силах. Именно на этой почве у сотрудника и развивается эмоциональное выгорание.

Широкое распространённость синдрома у медиков оказывает отрицательное влияние на всю систему здравоохранения. Это проявляется в трёх ключевых аспектах: ухудшении кадровой ситуации, снижение общей продуктивности медицинского персонала и росте количества врачебных ошибок [6]. Для пациентов последствия выражаются в ухудшении качества получаемых медицинских услуг и сокращении доступности необходимой помощи.

Особо остро стоит проблема выгорания у студентов. По последней статистике 78% хотя бы раз испытывали данный синдром.

Представление о синдроме эмоционального выгорания в работах отечественных и зарубежных исследователей

Синдром эмоционального выгорания (англ. **burnout**) - это состояние, характеризующееся нарастающим эмоциональным истощением. Понятие было введено в психологию американским психиатром Гербертом Фрейденбергером в 1974 г. Он обозначил этим понятием ряд специфических психологических трудностей, возникающих у людей в результате их профессиональной деятельности [12]. К 1980-м годам в западной науке было накоплено более тысячи публикаций, посвященных проблеме эмоционального выгорания. Значительный вклад в ее изучение внесла американский психолог **Кристина Маслач**.

В 1982 году она охарактеризовала это состояние как утрату интереса и осмысленности в профессиональной деятельности, расширив существовавшее понятие за счет включения не только эмоциональной, но и физической составляющей. В дальнейшем Маслач разработала концепцию синдрома эмоционального выгорания, определив его как сочетание физического и эмоционального истощения, сопровождающееся формированием негативной



самооценки, отрицательного отношения к работе и потерей эмпатии по отношению к клиентам [3]. Исследовательница рассматривала выгорание как форму дезадаптации к рабочей среде, вызванную неэффективной коммуникацией и чрезмерной нагрузкой. Ее работы систематизировали представления о феномене и способствовали росту научного и практического интереса к данной проблеме.

Аналогичный подход демонстрирует **Р. Кочюнас**, который объединяет симптомы выгорания в целостный психофизиологический комплекс истощения, возникающий в результате продолжительного эмоционального напряжения [15].

На российском научном пространстве одним из пионеров изучения эмоционального выгорания является академик **В.В. Бойко**. Он рассматривал «выгорание» как защитный механизм, направленный на снижение эмоционального воздействия психотравмирующих факторов, связанных с работой. Он трактует это явление как выработанный личностью механизм психологической защиты, проявляющийся в исключении эмоционального реагирования на травмирующие воздействия [1].

Специфический риск развития синдрома у представителей помогающих профессий подчеркивается в работах **Т.В. Форманюк** [13].

Постоянное расширение концептуальных границ понятия привело к идентификации около ста связанных с ним симптомов. Исследователи **Б.Перлман** и **Е.Хартман**, обобщив научные подходы к проблеме, определили синдром как реакцию на хронический эмоциональный стресс. Они выделили три группы факторов, способствующих его развитию в помогающих профессиях: личностные, ролевые и организационные. Кроме того, ученые предложили трехуровневую модель симптоматики:

- физиологический уровень (истощение);
- аффективно-когнитивный уровень (эмоциональное истощение и деперсонализация);



- поведенческий уровень (снижение продуктивности и дезадаптация).

Последующие исследования позволили выяснить, что тесной взаимосвязи между такими личностными переменными как возраст, семейное положение, стаж данной трудовой деятельности (выделенные **Б. Перлманом и Е. Хартманом**) не наблюдается, но было обнаружено, что женщины более подвержены формированию СЭВ, чем мужчины. Исследования, посвященные организационному фактору, подтвердили, что напряженная психоэмоциональная деятельность, неблагоприятная психологическая атмосфера и общая дестабилизация сопряжены с неминуемым формированием СЭВ сотрудников.

Впоследствии специалисты стали рассматривать синдром эмоционального выгорания как своеобразную профессиональную деформацию, характерную для людей, чья работа требует постоянного и тесного контакта с окружающими.

По мнению **К. Маслач и С. Джексона**, выгорание проявляется через три ключевых аспекта: эмоциональное истощение, чувство полной опустошенности, нехватки сил и энергии.

Деперсонализация: Отношение к другим людям становится безличным, черствым, циничным или даже грубым, что приводит к дегуманизации межличностных отношений.

Снижение чувства личных достижений: Уменьшение уверенности в своих силах, утрата ощущения смысла и мотивации вкладывать усилия в работу.

Эйала Пайнс основной причиной выгорания считает неудачный поиск смысла жизни в профессиональной сфере. Автор отмечает: наиболее высокий риск выгорания у работников помогающих профессий, специалистов социальной сферы с высоким уровнем притязаний. Работа, ставшая смыслом жизни для личности, вызывает разочарование, развитие которого и приводит к выгоранию. То есть выгоранию, по мнению Пайнс, могут подвергаться только личности с изначально высокой мотивацией. Индивид без этой внутренней мотивации



вероятнее всего будет испытывать стресс, депрессию, усталость, но не выгорать.

[5]

Сегодня синдром выгорания признан в международном медицинском сообществе и включен в Международную классификацию болезней (МКБ) под кодом Z-73, где он определяется как «стресс, связанный с трудностями адаптации к жизненным обстоятельствам». В психологической науке данная проблема получила широкое и многостороннее исследование. Многие российские ученые изучали проблему профессионального выгорания. Среди них — **В. Е. Орел, Н. Е. Водопьянова** [2], **Е. С. Старченкова** и другие исследователи. В своих работах они подробно описали, как выглядит выгорание со стороны — какие у него внешние признаки и симптомы. Ученые исследовали, как проявляется это состояние и что именно его вызывает. Благодаря их работе сегодня мы можем лучше понимать природу выгорания, вовремя замечать его признаки и помогать людям, которые с ним столкнулись.

Факторы риска развития эмоционального выгорания, обзор научных исследований

Современные психологи располагают обширными данными, полученными в ходе эмпирических исследований, проливающих свет на индивидуальные психологические предпосылки развития эмоционального выгорания. Тем не менее, ряд личностных особенностей еще требует более детального изучения, что обуславливает необходимость дальнейших исследований в данной области.

В. В. Бойко классифицирует причины, провоцирующие эмоциональное выгорание, на две основные категории: внешние и внутренние. [1]

К внешним факторам Бойко относит:

- Длительная и интенсивная психоэмоциональная нагрузка: Постоянное эмоциональное напряжение в процессе работы.
- Неупорядоченная организация рабочего процесса: Сюда входят такие



аспекты, как нечеткое планирование, недостаток информации, дефицит необходимого оснащения, а также завышенные требования к объему работы и количеству людей, с которыми приходится взаимодействовать.

- Высокий уровень ответственности: Необходимость нести серьезную ответственность за выполняемые задачи и их последствия.
- Неблагоприятный психологический климат: Напряженные отношения в коллективе, конфликты между коллегами и конфликты между руководством и подчиненными.
- Работа с трудным контингентом: Взаимодействие со сложными в общении людьми. Например, для медицинских работников это пациенты с различными заболеваниями. В результате специалист может начать избегать таких контактов, стремясь экономить свои эмоциональные ресурсы.

Внутренними факторами, способствующими эмоциональному выгоранию, по В. В. Бойко, являются:

- Склонность к эмоциональной негибкости: Трудности с адаптацией и изменением эмоционального состояния.
- Чрезмерное погружение в рабочую ситуацию: Глубокая интериоризация (усвоение) профессиональных обстоятельств, часто связанная с высокой личной ответственностью за свою работу и занимаемую роль.

Существенную роль в развитии профессионального выгорания играет снижение мотивации к эмоциональной вовлеченности в работу, что проявляется в двух основных формах:

- Сознательный отказ от демонстрации эмпатии и участия в профессиональном взаимодействии;
- Неспособность к адекватной оценке и признанию собственных эмпатийных усилий, направленных на субъектов профессиональной деятельности.



Дополнительными факторами риска выступают нравственная дезориентация личности и этические дефекты, выражающиеся в неготовности соблюдать принципы честности, добросовестности и уважения к правам партнеров по профессиональному общению.

Согласно позиции **Т.В. Решетовой**, перечень способствующих выгоранию характеристик включает: Алекситимию — затруднения в вербализации эмоциональных состояний, часто сопровождающиеся тревожностью;

- Коммуникативную некомпетентность или эмоциональную незрелость;
- Трудоголизм как стратегию избегания личностных проблем.

В.Е. Орел рассматривает синдром выгорания как следствие неудачной профессиональной адаптации, где ключевое значение приобретают индивидуально-личностные особенности. Исследователь дифференцирует их на две категории: [9] «катализаторы» (усугубляющие факторы) и «ингибиторы» (сдерживающие механизмы) выгорания. Центральное место в этой структуре занимает нейротизм, чья выраженность и специфика проявления определяют его роль — стабилизирующую или деструктивную.

Классификация **А.Б. Филиппова** выделяет четыре типа психологических барьеров, провоцирующих выгорание: [11]

- когнитивно-психологические
- социально-психологические
- организационно-психологические
- психомоторные

Источником этих барьеров становятся недостаточная квалификация, несовершенство организации труда. Возникающие вследствие этого психическая напряженность, неудовлетворенность работой и конфликтные ситуации способствуют формированию профессионально нежелательных качеств: догматизма, консерватизма и эмоциональной индифферентности.



Личные психологические особенности восприятия возраста и компетенций медицинского персонала могут быть причиной работы в условиях хронического стресса. Исследователи отмечают, что медицинские сестры старше 45 лет имеют «стереотипы о возрастном ограничении» поиска нового рабочего места. [4] Молодые специалисты начинают выполнять работу, связанную с высокой ответственностью, и остро чувствуют

«некомпетентность» по причине недостатка опыта.

Последствия эмоционального выгорания в работах В.В. Бойко

Подход В.В. Бойко акцентирует внимание на этапной и многоуровневой природе выгорания, рассматривая его как три последовательно развивающихся стадии: —напряжение, —резистенция и —истощение. Последствия выгорания, согласно этой модели, проявляются на каждом из этих этапов, накапливаясь и усугубляясь. [1]

Последствия на стадии «Напряжения»:

На этой начальной стадии выгорания, когда человек испытывает сильный, но еще управляемый стресс, последствия проявляются в основном на психофизиологическом и поведенческом уровнях:

Психологические:

Эмоциональная неустойчивость: Повышенная раздражительность, вспыльчивость, тревожность, чувство напряжения.

Когнитивные нарушения: Снижение концентрации внимания, трудности с принятием решений, забывчивость.

Снижение самооценки: возникает неуверенность в своих силах, ощущение собственной некомпетентности.

Ощущение вины: Человек может чувствовать вину за то, что не справляется с возросшими нагрузками.



Физиологические:

Хроническая усталость: Постоянное чувство усталости, которое не проходит даже после отдыха.

Нарушения сна: Бессонница, беспокойный сон, кошмары.

Вегетативные нарушения: Головные боли, головокружения, учащенное сердцебиение, колебания артериального давления.

Повышенная возбудимость: Склонность к резким реакциям, конфликтности.

Стремление к изоляции: Уход от общения, избегание контактов.

Повышенный расход энергии: Избыточная трата сил, нервозность, суетливость.

Последствия на стадии «Резистенции»: [1]

На этой стадии человек активно сопротивляется стрессу, пытаясь компенсировать свои эмоциональные и физические потери. Последствия становятся более выраженными и затрагивают все уровни психики и организма:

Психологические:

Эмоциональное обеднение: Утрата ярких эмоций, как положительных, так и отрицательных, развитие эмоциональной отстраненности.

Деперсонализация: Цинизм, безразличие к происходящему, формальное выполнение обязанностей, потеря интереса к клиентам/пациентам/коллегам.

Интеллектуальное обеднение: Снижение гибкости мышления, трудности с креативностью, утрата интереса к профессиональному развитию.

Физиологические:

Декомпенсация: Организм начинает давать сбои. Обострение хронических заболеваний, развитие новых соматических патологий (язвы, гипертония, сердечные заболевания).



Снижение иммунитета: Частые простудные и инфекционные заболевания.

Поведенческие:

Последствия на стадии «Истощения»: [1]

Эта стадия характеризуется полным истощением энергетических и психических ресурсов. Последствия становятся критическими и часто необратимыми, затрагивая все сферы жизни.

Потеря жизненной энергии: Общая слабость, апатия, отсутствие сил даже для элементарных действий. Последствия эмоционального выгорания, согласно модели В.В. Бойко, носят прогрессирующий характер. Начиная с легких психоэмоциональных и поведенческих нарушений на стадии «напряжения», они переходят в более серьезные соматические и психологические проблемы на стадии

— резистенции, и достигают критической точки, часто необратимой, на стадии — истощения. Эта модель подчеркивает важность ранней диагностики и своевременного вмешательства, пока последствия не стали катастрофическими для индивида, организации и, в более широком смысле, для общества.

Профилактика эмоционального выгорания

Главная цель — не дать стрессу стать постоянным.

- сделать работу комфортнее: следить за нормами рабочего времени, улучшать условия, уменьшать монотонность и факторы стресса.
- научить справляться со стрессом: осваивать техники расслабления, управления эмоциями и саморегуляции.
- повышать уверенность в себе: работать над позитивным восприятием себя, развивать профессиональные навыки.
- учиться отстаивать свои границы: уметь говорить «нет», четко выражать свои потребности и мысли.
- создать систему поддержки: развивать атмосферу доверия в



коллективе, чтобы можно было обсуждать трудности с коллегами или руководителем.

2. Профилактика на стадии **резистентности** [1]

На этой стадии важно скорректировать неправильные способы защиты от стресса.

- научить правильно решать проблемы: использовать активные и конструктивные методы, а не избегание.
- работать с негативным мышлением: менять пессимистичный взгляд на мир на более оптимистичный.
- развивать навыки общения: учиться конструктивно решать конфликты и выстраивать хорошие отношения.
- проводить психологическую коррекцию: индивидуальная или групповая работа с психологом, чтобы справиться с эмоциональным отстранением и черствостью.

3. Профилактика на стадии **истощения** [1]

Здесь главное — предотвратить серьезные последствия для здоровья и личности.

- выявлять проблему вовремя: отслеживать ранние признаки полного истощения, когда еще можно восстановиться.
- проводить активное восстановление: оказывать психологическую и, если нужно, медицинскую помощь для возвращения сил.
- помочь со сменой деятельности: поддержать в освоении новой профессии, если возврат к старой работе невозможен.
- поддерживать в социальной адаптации: помогать восстанавливать личные связи и приспосабливаться к новым жизненным обстоятельствам.



Заключение

Проблема эмоционального выгорания, представляющего собой комплексное психологическое состояние с прямым воздействием на здоровье и профессиональную эффективность, приобретает особую актуальность в сфере медицины. Несмотря на то, что в научной литературе факторы выгорания традиционно классифицируются на профессиональные, личностные и социальные, их специфическое проявление и взаимодействие в контексте труда медицинских работников изучено недостаточно. Ограниченность и фрагментарность существующих данных подчеркивают насущную потребность в проведении целостных и специализированных исследований, направленных на выявление уникальных детерминант этого явления в медицинской профессии.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Бойко В. В. Синдром «Эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб.: Сударыня, 1999. 32с.
2. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. 336 с.
3. Захарова Д. А. Синдром эмоционального выгорания в медицине и принципы его коррекции / Д. А. Захарова, Е. В. Гребешкова, А. А. Гуляева, А. В.Кравцева, Р. В. Митрохина, О. С. Новожеева, А. П. Процкая // Смоленск. Медицинский альманах. 2020. № 1. С. 122-126.
4. Черникова, Т. В. Эмоциональное выгорание в помогающих профессиях : монография / Т. В. Черникова, В. В. Болучевская, М. Е. Волчанский. — Волгоград : ВолгГМУ, 2024. — 504 с. — ISBN 978-5-9652-0970-5. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/478226> (дата обращения: 27.09.2025). — Режим доступа: для авториз. пользователей.



4. Практикум по социальной психологии / Эйала Пайнс, Кристина Маслач. - изд., междунар. - СПб. и др. : Питер, 2000. - 522 с. : ил.; 20 см.
6. Бурлачук, А.Ф. Психология жизненных ситуаций / А.Ф Бурлачук, Е.Ю. Коржова - М.: Владос, 1998. - 236 с.
7. Абрамова, Г.С. Синдром «эмоционального выгорания» у медработников / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц // Психология в медицине. - М.: Кафедра-М., 1998. - С. 231-244.
8. Синдром психического выгорания личности / В. Е. Орел; Рос. акад. наук, Ин-т психологии. - Москва : Ин-т психологии РАН, 2005
9. Ярошенко Е. И. Социально-психологическая модель эмоционального выгорания личности // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2019. №1 (49). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskaya-model-emotsionalnogo-vygoraniya-lichnosti>
10. Смольникова П. С. Распространенность синдрома эмоционального выгорания медицинских работников в Российской Федерации / П. С Смольникова, К. С. Трункова, В. В. Мадьянова, Р. А. Хальфин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 3. С. 387-399.
11. Мецкер О. Г. Личностные факторы устойчивости к эмоциональному выгоранию / О. Г. Мецкер // Актуальные научные исследования: сборник статей XIX Международной научно-практической конференции. Пенза: Наука и Просвещение. 2024.
12. Чердымова Е. И. Синдром эмоционального выгорания специалиста: монография / Е.И. Чердымова, Е.Л. Чернышова, В.Я. Мачнев. Самара: Изд-во Самарского университета, 2019. 124 с.



БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА HERICIUM ERINACEUS И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РЕГЕНЕРАЦИЮ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Голунов З. Ю., Чернышев М. Г.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

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

Аннотация. Целью работы является обобщение данных о составе и действии биологически активных веществ гриба *Hericium erinaceus* (львиная грива) и их влиянии на когнитивные функции и процессы нейрорегенерации. Проведен анализ результатов клинических испытаний с участием пациентов с лёгкими когнитивными нарушениями, пожилых добровольцев без деменции и здоровых молодых взрослых. Отмечено, что гериценоны и эринацины стимулируют синтез фактора роста нервов (NGF) и нейротрофического фактора мозга (BDNF), обладают нейропротекторным и антиоксидантным действием, что сопровождается улучшением когнитивных функций, памяти и снижением уровня стресса. Полученные результаты подтверждают перспективность использования *H. erinaceus* в профилактике и терапии нейродегенеративных заболеваний.

Ключевые слова: *hericium erinaceus*, львиная грива, гериценоны, эринацины, фактор роста нервов, когнитивные нарушения, нейропротекция.

BIOLOGICALLY ACTIVE SUBSTANCES OF HERICIUM ERINACEUS AND THEIR EFFECT ON NERVOUS SYSTEM REGENERATION

Golunov Z. Yu., Chernyshev M. G.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia

Supervisor – PhD in Psychology, Associate Professor Yanko E.V.



Abstract. The aim of this work is to summarize current data on the composition and biological activity of compounds found in *Herichium erinaceus* (lion's mane) and their influence on cognitive functions and neuroregeneration processes. An analysis of clinical trial results was conducted, involving patients with mild cognitive impairment, elderly volunteers without dementia, and healthy young adults. It has been noted that hericenones and erinacines stimulate the synthesis of nerve growth factor (NGF) and brain-derived neurotrophic factor (BDNF), exhibit neuroprotective and antioxidant effects, and are associated with improvements in cognitive functions, memory, and stress reduction. The findings support the potential application of *H. erinaceus* in the prevention and therapy of neurodegenerative diseases.

Keywords: herichium erinaceus, lion's mane, hericenones, erinacines, nerve growth factor, cognitive impairment, neuroprotection.

Введение

Деменция и другие когнитивные расстройства представляют собой одну из наиболее острых проблем здравоохранения XXI века. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2020 году в мире насчитывалось более 55 миллионов пациентов с деменцией, и прогнозируется, что к 2050 году эта цифра достигнет 139 миллионов [5, С.367]. Болезнь Альцгеймера занимает до 60–70 % всех случаев деменции [5, С.367]. Заболевания сопровождаются выраженным снижением качества жизни, ростом затрат на медицинское и социальное обслуживание, а также высокой смертностью [6, С.12].

Современная фармакотерапия когнитивных нарушений ограничена и в основном направлена на симптоматическую коррекцию [6, С.12]. Применяемые препараты (ингибиторы холинэстеразы, мемантин) замедляют прогрессирование симптомов, но не оказывают выраженного регенеративного влияния на нервную ткань. В связи с этим особый интерес вызывает поиск природных соединений,



обладающих способностью стимулировать нейропластичность и поддерживать здоровье мозга [4, С.249].

В контексте пандемии COVID-19 проблема нейропротекции и когнитивного здоровья приобрела особую значимость. По данным Громовой и соавт. (2020), SARS-CoV-2 проявляет выраженную нейротропность, провоцируя аносмию, инсульты, энцефалопатии и ускоряя нейродегенеративные процессы [8]. Психологические аспекты пандемии также оказали существенное влияние: у студентов отмечался кризис профессионального становления и когнитивные трудности в условиях дистанционного обучения [9]. Эти факторы подчёркивают необходимость поиска средств, способных снижать последствия нейровоспаления и поддерживать процессы нейрорегенерации.

Hericium erinaceus — съедобный гриб из семейства *Hericiaceae*, широко распространённый в странах Восточной Азии. В традиционной китайской медицине он использовался как средство для укрепления здоровья и лечения желудочно-кишечных заболеваний [6]. В последние десятилетия внимание исследователей сосредоточено на его возможных нейропротекторных и когнитивно-стимулирующих свойствах [1, С.367]. Уникальные соединения — гериценоны (в плодовых телах) и эринацины (в мицелии) — стимулируют синтез факторов роста нервной ткани [3, С.112].

Объекты и методы исследования

Для анализа были использованы данные клинических исследований и экспериментальных работ:

- Клиническое исследование Mori et al. (2009) — двойное слепое плацебо-контролируемое испытание у 30 пациентов 50–80 лет с лёгкими когнитивными нарушениями. Участники получали по 3 г сухого порошка *H. erinaceus* в день (по четыре таблетки 250 мг трижды в сутки) в течение 16 недель. Эффективность



оценивалась по шкале когнитивных функций, основанной на пересмотренной шкале деменции Хасегавы (HDS-R) [1, С.368].

- Клиническое исследование Saitsu et al. (2019) — 31 доброволец старше 50 лет, без деменции, принимали по 3,2 г порошка плодового тела *H. erinaceus* ежедневно в течение 12 недель. Применялись тесты: MMSE, тест зрительной памяти Бентона, стандартный парно-ассоциативный тест обучения (S-PA) [7, С.126].

- Пилотное исследование Docherty et al. (2023) — 41 здоровый взрослый 18–45 лет, принимавший 1,8 г экстракта *H. erinaceus* в капсулах ежедневно 28 дней. Оценивались острые (через 60 минут) и хронические эффекты (через 28 дней) по когнитивным тестам, уровню стресса и настроению [1, С.370; 2, С.77].

Дополнительно учитывались данные биохимических и фармакологических исследований, посвящённых механизму действия гериценонов и эринацинов [4, С.250].

Результаты и их обсуждение

Клинические данные. В исследовании Mori (2009) у пациентов с лёгкими когнитивными нарушениями после 8, 12 и 16 недель приёма *H. erinaceus* наблюдалось достоверное улучшение по шкале HDS-R по сравнению с группой плацебо [5, С.370]. После прекращения терапии через 4 недели показатели снижались, что указывает на необходимость длительного применения для поддержания эффекта [5].

В работе Saitsu (2019) отмечено значимое улучшение результатов MMSE у добровольцев старше 50 лет [7, С.128]. Особенно выраженные изменения касались ориентации во времени, что может отражать влияние гриба на процессы памяти и внимания. Тесты Бентона и S-PA не показали статистически значимых различий,



что может быть связано с выбором когорты (относительно когнитивно сохранные лица) [7].

В пилотном исследовании Docherty (2023) у молодых здоровых взрослых через 60 минут после приёма выявлено ускорение выполнения Stroop-теста, а после 28-дневного курса — тенденция к снижению субъективного стресса [1, С.370; 2, С.77]. Эффект на когнитивные функции оказался умеренным, что объясняется отсутствием когнитивного дефицита у испытуемых, но данные подтверждают потенциал *H. erinaceus* как профилактического средства [2, С.77].

Механизмы действия

- Стимуляция нейротрофических факторов. Гериценоны и эринацины усиливают экспрессию NGF и BDNF, которые способствуют выживанию нейронов, росту аксонов и восстановлению синаптических связей [3, С.115].
- Нейропластичность. Увеличение уровня BDNF связано с улучшением памяти и обучаемости, а также с замедлением когнитивного снижения [5, С.370].
- Антиоксидантные и противовоспалительные свойства. Полисахариды и фенольные соединения гриба снижают уровень оксидативного стресса и воспалительных цитокинов, что особенно важно при хронических нейродегенеративных процессах [6, С.14].
- Модуляция синаптической передачи. Предполагается, что *H. erinaceus* может регулировать процессы убиквитинирования белков в синапсах, улучшая эффективность нейрональных сетей [4, С.253].

Сравнение с другими натуральными средствами

В отличие от широко изученного гинкго билоба, действие *H. erinaceus* связано не только с улучшением микроциркуляции, но и с прямой стимуляцией нейрорегенерации [6, С.14]. Это делает его уникальным среди нутрицевтиков.



Связь с COVID-19. Особое внимание заслуживает сопоставление нейропротекторных свойств *Hericium erinaceus* с последствиями COVID-19. В исследовании Петровой и соавт. (2024) описано SARS-CoV-2-индуцированное нейровоспаление, сопровождающееся активацией микроглии и избыточной продукцией провоспалительных цитокинов [10, С.397]. С учётом антиоксидантных и противовоспалительных свойств *H. erinaceus*, а также его способности стимулировать экспрессию NGF и BDNF, данный гриб можно рассматривать как перспективное средство в комплексной терапии пост-COVID неврологических осложнений.

Заключение

Hericium erinaceus является перспективным источником природных биологически активных соединений с доказанными нейропротекторными и когнитивно-стимулирующими свойствами [5, С.370; 7, С.128]. Клинические исследования демонстрируют его эффективность в коррекции лёгких когнитивных нарушений, улучшении памяти и снижении уровня стресса [1, С.370; 2, С.77]. Механизмы действия включают стимуляцию синтеза NGF и BDNF [3, С.118], противовоспалительное и антиоксидантное действие [6, С.15], а также улучшение нейропластичности [5, С.370].

Таким образом, пандемия COVID-19 выявила уязвимость нервной системы как к инфекционным, так и к психосоциальным стрессорам [8, С.15; 9, С.6]. Это усиливает значимость исследований природных нейропротекторов, таких как *Hericium erinaceus*, в профилактике и реабилитации пациентов с когнитивными нарушениями и постинфекционными осложнениями [10, С.397].

Использование *H. erinaceus* может рассматриваться как элемент профилактики когнитивного снижения у пожилых людей, а также как вспомогательный компонент комплексной терапии нейродегенеративных заболеваний [2, С.77]. Для окончательной оценки его терапевтического потенциала



необходимы многоцентровые рандомизированные исследования с длительным наблюдением и стандартизацией дозировок [7, С.131].

Источники и литература/ Sources and references:

1. Docherty S., Doughty F.L., Smith E.F. Acute and chronic effects of *Herichium erinaceus* supplementation on cognitive function, stress, and mood in healthy young adults: a randomized placebo-controlled pilot trial // *Nutrients*. – 2023. – Vol. 15, № 22. – Article 4842. – DOI: 10.3390/nu15224842.
2. Hisayoshi O., Nobuko A., Akira T., et al. The effects of *Herichium erinaceus* (Amyloban® 3399) on sleep quality and subjective well-being among female undergraduate students: a pilot study // *Personalized Medicine Universe*. – 2015. – Vol. 4. – P. 76–78.
3. Kawagishi H., Zhuang C., Shnidman Y., et al. Erinacines and hericenones from *Herichium erinaceus*: stimulators of nerve growth factor synthesis // *Journal of Biological Chemistry*. – 1990–2000 (серия публикаций).
4. McCain P., Deruiter J., Pathak S., et al. Cognitive enhancing effects of medicinal mushrooms: a potential neuroprotective implication in dementias // B: Agrawal D.C., Dhanasekaran M. (eds.) *Mushrooms with therapeutic potentials*. – Singapore: Springer, 2023. – P. 241–252. – ISBN 978-981-19-9550-7.
5. Mori K., Inatomi S., Ouchi K., Azumi Y., Tuchida T. Improving effects of the mushroom Yamabushitake (*Herichium erinaceus*) on mild cognitive impairment: a double-blind placebo-controlled clinical trial // *Phytotherapy Research*. – 2009. – Vol. 23, № 3. – P. 367–372.
6. Phan C.W., David P., Naidu M., Wong K.H., Sabaratnam V. Cognitive enhancing effects of medicinal mushrooms: a potential neuroprotective implication in dementias // *Frontiers in Pharmacology*. – 2017. – Vol. 8. – Article 665. – DOI: 10.3389/fphar.2017.00665.



7. Saitsu Y., Nishide A., Kikushima K., Shimizu K., Ohnuki K. Improvement of cognitive functions by oral intake of *Hericium erinaceus* // Biomedical Research (Tokyo). – 2019. – Vol. 40, № 4. – P. 125–131.
8. Громова О.А., Торшин И.Ю., Семенов В.А., Путилина М.В., Чучалин А.Г. О прямых и косвенных неврологических проявлениях COVID-19 // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т. 120, №11. – С. 11–21. – DOI: 10.17116/jnevro202012011111.
9. Аршинова Е.В., Янко Е.В., Браун О.А., Аркузин М.Г. Проблема переживания кризиса профессионального становления при дистанционном обучении студентов в ситуации пандемии COVID-19 // Профессиональное образование в России и за рубежом. – 2020. – №4(40). – С. 5–8.
10. Петрова А.Е., Пробст А.С., Речкин В.Н., Семёнов В.А., Янко Е.В. SARS-CoV-2-индуцированное нейровоспаление // В сб.: Психиатрия и наркология в современных условиях. – Кемерово, 2024. – С. 393–403.

ПСИХОЛОГИЯ ПРОКРАСТИНАЦИИ: ПРИЧИНЫ, ПОСЛЕДСТВИЯ И СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ У СТУДЕНТОВ

Гольц В. Е.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

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

Аннотация. К сожалению, в настоящее время среди студентов все чаще встречается такая проблема, как прокрастинация. В связи с актуальностью проблемы, в данной статье дается понятие что такое «прокрастинация», рассматриваются основные причины и последствия. Также предлагаются возможные способы устранения у студентов.



Ключевые слова: прокрастинация, стресс, перфекционизм, избегание решения проблемы, прокрастинатор, снижение продуктивности.

**PSYCHOLOGY OF PROCRASTINATION: REASONS,
CONSEQUENCES AND WAYS OF ELIMINATION IN STUDENTS**

Golts V. E.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – PhD in Psychology, Associate Professor G. V. Akimenko

Abstract. Unfortunately, nowadays, such a problem as procrastination is increasingly common among students. Due to the urgency of the problem, this article defines what «procrastination» is and examines the main causes and consequences. Possible ways of eliminating students are suggested.

Keywords: procrastination, stress, perfectionism, problem-solving avoidance, procrastinator, decreased productivity.

Введение

В связи с быстрым темпом жизни в современном мире, информационной загруженности и высоким уровнем стресса проблема прокрастинации становится все более актуальной. Большинство людей откладывают важные дела на последний момент, что впоследствии ведет к негативным последствиям, стрессу и ухудшению качества жизни. Что же касается студентов, данная проблема так же не проходит их стороной. Важно понять, что прокрастинация - это не просто лень и нежелание что-то делать, а сложный психоэмоциональный процесс, требующий досконального изучения, что мы и попытаемся сделать в данной статье. [2]



Определение понятия «прокрастинации» и ее признаков.

Большинство людей при попытке объяснить, что же такое «прокрастинация» ошибочно отождествляют данный термин с «откладыванием» или «отсрочкой». Так же прокрастинацию нельзя относить к отдыху, т.к. отдых подразумевает под собой физическое и психологическое восстановление, а при прокрастинации происходит обратный процесс, человек начинает испытывать негативные эмоции, что в будущем приводят к негативным последствиям психической системы.

Так что же такое прокрастинация? В современной психологической науке нет единого, согласованного и общепринятого определения. Например, Я. И. Варваричева в работе «Феномен прокрастинации: проблемы и перспективы исследования» определяет прокрастинацию как «нарастающий страх перед осознаваемыми субъектом негативными последствиями прокрастинации часто оказывает не мобилизующее, а парализующее воздействие, заставляя откладывать запланированные действия снова и снова». [1] А В. С. Ковылин в работе «Теоретические основы изучения феномена прокрастинации» характеризует прокрастинацию как промедление, как «выражение эмоциональных реакций на планируемые и необходимые дела». [4]

Так же для определения понятия прокрастинации нам нужно рассмотреть ряд ее основных характеристик:

- откладывание, невыполнение запланированных и субъективно воспринимаемых как важных дел или промедление в принятии решений, обязательно «привязанных» к каким-либо срокам;
- иррациональность [субъект осознает негативные последствия откладывания, но все же ничего не предпринимает, не корректирует свои планы];
- промедление сопровождается негативными эмоциональными переживаниями, ощущением внутреннего дискомфорта. [8]



Исходя из всего вышеперечисленного можно сделать вывод, что прокрастинация - это склонность к постоянному откладыванию даже важных и срочных дел, приводящая к жизненным проблемам и болезненным психологическим эффектам. Еще важно подчеркнуть, что в большинстве случаев это активный процесс, при котором человек, в первую очередь выполняет приятные для него дела.

Причины прокрастинации.

Современные специалисты выдвигают различные причины возникновения прокрастинации. [9] Рассмотрим основные из них:

1. Потребность постоянно прислушиваться к мнению «значимого взрослого». Данная проблема закладывается еще в детстве, когда родители любят ребенка «обусловлено», ожидая от него постоянного послушания, соответствия их стереотипам, подавляя его спонтанные проявления. Так же такие родители критикуют ребенка при каждой его неудаче. В результате, когда необходимо планировать собственные цели и задачи он сталкивается с тем, что уже не знает, чего хочет сам и боится столкнуться с критикой и обесцениванием.

2. Различные страхи: страх неудачи, страх удачи [при успехе человек боится оказаться в центре внимания], страх критики и страх потери контроля над ситуацией. В итоге, чем ближе начало выполнения какого-либо дела, тем выше уровень тревоги человека. И чтобы снизить эту тревогу, он начинает «убегать», чем снижает уровень тревоги, при этом еще больше откладывая выполнение необходимого дела.

3. Перфекционизм. Перфекционисты ставят нереально завышенную планку, им важно сделать все идеально, без права на ошибку.

4. Неприятие самой задачи. В этом случае действует простая схема: чем больше человеку неприятна данная задача, тем больше он будет ее откладывать.



Так же чем дальше во времени отставлена награда, или ближе наказание, тем менее привлекательной становится задача.

5. Стресс. При этом стресс может быть, как и причиной прокрастинации, так и ее последствием.

6. Влияние цифровых технологий. Современные цифровые технологии, такие как социальные сети и мобильные приложения, могут сильно отвлекать людей. Постоянные уведомления и возможность быстрого доступа к развлекательному контенту создают дополнительное искушение отложить выполнение задач.

Данные причины могут затрагивать различные социальные группы, в том числе и студентов.

Последствия прокрастинации.

Как и говорилось выше одним из последствий прокрастинации является стресс. Постоянное откладывание дел приводит к большим нагрузкам на психику человека, вызывая чувство тревоги и беспокойства. Со временем это может привести к эмоциональному выгоранию и развитию депрессивных расстройств. Впоследствии стресс так же приводит и к неэффективности действий человек. Он становится рассеянным и допускает глупейшие ошибки при выполнении даже самых простых задач. Классическими примерами являются: сотрудники организаций, совершающие глупейшие ошибки в важных документах; перспективные спортсмены, переоценившие свои силы; студенты, у которых на экзамене все вылетает из головы [3].

Кроме этого, есть еще и другие последствия прокрастинации:

1. Постоянное откладывание дел часто становится причиной серьезных жизненных проблем. Человек погружается в накопленные трудности и не может выбраться из них. У студентов это проявляется в накоплении многочисленных



долгов по учебе, которые в будущем будет очень трудно исправить. В итоге это скажется на их академической успеваемости и физическом состоянии. [5]

2. Снижение самооценки в результате отсутствия регулярных результатов. Через время люди могут полностью потерять веру в себя и разочароваться в своих возможностях, что также приведет к психическим проблемам.

3. При прокрастинации возможно развитие хронического чувства вины. Регулярное невыполнение данных себе и другим обещаний и взятых на себя обязательств повергает в уныние, лишает вдохновения, многократно снижает продуктивность, отнимает веру в успех.

4. Ухудшение фокусировки и концентрации. Постоянные мысли о невыполненных задачах полностью заполняют голову человека и не дают ему думать ни о чем другом. Он начинает все время витать в облаках, не обращая внимания ни на что вокруг.

5. Возможно ухудшение взаимоотношений с окружающими. Окружающие начинают воспринимать прокрастинаторов как лентяев и ненадежных людей и стараются держаться от них подальше.

В конце концов прокрастинация становится страшной зависимостью. Она прочно входит в жизнь человека и избавиться от нее становится очень трудно. [4]

Способы устранения прокрастинации у студентов.

Как и говорилось выше от прокрастинации довольно-таки трудно избавиться. На запущенных стадиях справиться с ней самостоятельно без помощи специалиста практически невозможно. Что же касается ранних проявлений прокрастинации, они поддаются коррекции и исправлению. Далее мы перечислим ряд рекомендаций для студентов [10]:



- **Постановка реалистичных целей.** Разделение крупных задач на более мелкие и выполнимые шаги делает их менее пугающими и более управляемыми. Это также помогает увидеть прогресс и поддерживать мотивацию.
- **Развитие тайм-менеджмента.** Создание расписания, выделение времени на выполнение конкретных задач и соблюдение режима помогают студентам оставаться организованными и продуктивными. Использование календарей и планировщиков также способствует лучшему управлению временем.
- **Установление приоритетов.** Умение расставлять приоритеты помогает студентам сосредоточиться на наиболее важных и срочных задачах. Оценка значимости каждой задачи и выполнение сначала самых приоритетных дел помогает избежать чувства перегрузки и снижает риск прокрастинации.
- **Создание благоприятной среды.** Удаление отвлекающих факторов, таких как мобильные телефоны и ненужные вкладки в браузере, способствует повышению концентрации. Обустройство удобного и тихого рабочего места также помогает улучшить производительность.
- **Использование техник мотивации.** Установление наград за выполненные задачи, визуализация конечного результата и напоминание о целях и мотивах помогают студентам сохранять мотивацию и избегать прокрастинации.
- **Обратная связь и поддержка.** Получение регулярной обратной связи и поддержки от преподавателей, друзей и семьи помогает студентам справляться с прокрастинацией. Обсуждение своих проблем и достижений с другими людьми помогает лучше понять свои трудности и найти эффективные решения.
- **Самоанализ и саморефлексия.** Самоанализ и саморефлексия помогают студентам лучше понимать причины своей прокрастинации и находить пути её преодоления. Ведение дневника или записей о своих действиях и эмоциях помогает выявить повторяющиеся шаблоны и разработать стратегии для их изменения.



- **Обращение за профессиональной помощью.** В случае, если прокрастинация становится серьёзной проблемой и негативно влияет на учебные достижения и психическое здоровье, важно обратиться за профессиональной помощью. Психолог и консультант могут помочь разработать индивидуальные стратегии борьбы с прокрастинацией и улучшить общее эмоциональное состояние.

Заключение

Прокрастинация является распространенной проблемой среди студентов, оказывающей огромное негативное влияние на их академическую успеваемость, психологическое благополучие и общий уровень жизни. Однако, эта проблема не является непреодолимой. Существуют множество самых различных способов решений и коррекции данной проблемы [6].

В конце хочется сказать, что важно осознавать, что прокрастинация - это сложная психологическая проблема, требующая комплексного подхода. Понимание ее причин и применение эффективных стратегий управления могут помочь студентам преодолеть эту проблему, улучшить свою успеваемость, снизить уровень стресса и повысить общее качество жизни [7].

Источники и литература/ Sources and references:

1. Варваричева, Я. И. Феномен прокрастинации: проблемы и перспективы исследования // Вопросы психологии. – 2010, № 3. – С. 121-130.
2. Вольнич, Я.С. Прокрастинация как психологический феномен современного общества / Я.С. Вольнич // Молодежь и наука: актуальные проблемы педагогики и психологии. – 2017 – № 2 – С. 22–26.
3. Калинина Т. В., Кудачкин Д. А. Феномен прокрастинации: современные исследования // Приволжский научный вестник. 2016. №11 [63].
4. Ковылин В.С. Теоретические основы изучения феномена прокрастинации // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2013. –№ 2 [2]. – С. 22–41.



5. Колесниченко, М. Б. Социологический подход к студенческой прокрастинации / М. Б. Колесниченко, О. Ю. Паршакова // Вестник ПНИПУ. Социально-экономические науки. – 2018, №2. – С. 17–26.
6. Кормачёва И. Н., Клепикова Н. М. Прокрастинация: феномен и научная проблема // Системная психология и социология. 2019 № 4 [32]. С. 18–29. DOI: 10.25688/2223-6872.2019.32.4.02.
7. Сибирцева, Е.И. Изучение феномена прокрастинации в отечественной психологии / Е.И. Сибирцева // Научные исследования: от теории к практике. – 2016 – № 2[8]. –С. 186–191.
8. Слученкова К.А. Прокрастинация: особенности дефиниций и психологическое содержание // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2018 Т. 7 № 4А. С. 18-26.
9. Тронь Т.М. Феномен прокрастинации: причины возникновения // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2017 Том 6 № 2А. С. 88-95.
10. Шафеев Д.И. Стратегии совладания с прокрастинацией у студенческой молодежи // Вестник Омского университета. Серия «Психология». – 2022 – № 2 – С. 34–40.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОГНИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ РЕТТА

Гончаренко В. А., Гончаренко Э. А., Федосеева И. Ф.

Кафедра офтальмологии

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

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Аннотация. Синдром Ретта - тяжелое генетическое нейродегенеративное расстройство, приводящее к прогрессирующим нарушениям двигательных, коммуникативных и когнитивных навыков. Проведен анализ клинического опыта применения технологий дополнительной и альтернативной коммуникации в когнитивной реабилитации при данной патологии. Данные современной литературы указывают на положительное влияние когнитивной реабилитации на отдельные аспекты качества жизни, связанные со снижением стереотипного поведения, коммуникационной и физической активностью.

Ключевые слова: синдром Ретта, когнитивная реабилитация, технологии альтернативной коммуникации.

MODERN METHODS OF COGNITIVE REHABILITATION IN RETTT SYNDROME

Goncharenko V. A., Goncharenko E. A., Fedoseeva I. F.

Department of Ophthalmology

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

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. Rett syndrome is a severe genetic neurodegenerative disorder that results in progressive impairment of motor, communication, and cognitive skills. An analysis of clinical experience in the use of augmentative and alternative communication technologies in cognitive rehabilitation for this pathology was conducted. Current literature data indicate a positive influence of cognitive rehabilitation on some aspects of quality of life associated with a reduction in stereotypical behavior, communication and physical activity.

Keywords: Rett syndrome, cognitive rehabilitation, alternative communication technologies.



Введение

Достижения последних лет в области молекулярной генетики расширили представления о механизмах развития нейродегенеративных заболеваний и обеспечили основу для разработки методов терапии [3, 4, 5]. На фоне перспектив увеличения продолжительности жизни пациентов с генетически детерминированными нейродегенерациями возрастает актуальность дифференцированных подходов к медицинской и социальной реабилитации, а также деонтологического и педагогического аспектов [1, 2, 6, 7].

Синдром Ретта (СР) — это тяжелое генетическое нейродегенеративное расстройство, приводящее к широкому спектру прогрессирующих нарушений двигательных, коммуникативных и когнитивных навыков [19]. Молекулярно-генетические и клинические аспекты данной патологии изучаются уже несколько десятилетий, однако патогенетическая терапия до настоящего времени находится на стадии разработки. Потеря устной речи и формирование сложных коммуникативных потребностей оказывают существенное влияние на жизнь людей с СР и их опекунов [19].

Типичная клиническая картина СР развивается на протяжении всей жизни и требует специфических программ реабилитации. Основная проблема их реализации связана с поиском способов коммуникации [17]. Современные исследования в области коммуникационных вмешательств, включая технологии отслеживания глаз, музыку, стратегии дополнительной и альтернативной коммуникации, когнитивный тренинг, внесли значительный вклад в перспективы реабилитации при СР.

Результаты и их обсуждение

В последнее десятилетие были получены доказательства того, что люди с СР могут общаться, используя различные способы альтернативной и дополнительной коммуникации. Однако пациенты с СР часто ограничены в условиях социальной



изоляции. Разработка технических средств, ориентированных на альтернативные способы коммуникации при отсутствии экспрессивной речи, представляют собой перспективное направление реабилитации при СР. Так, Capri T. с соавт. наблюдали улучшение социального взаимодействия пациентов СР в среде сверстников при использовании низкотехнологичного инструмента click4all, включенного в методику когнитивного и двигательного тренинга с акцентом на мелкую моторику, направленного на снижение стереотипий, улучшение функционального использования рук и снижение выраженности самоповреждающего поведения [8]. Unholz-Bowden E.K., с соавт. также отметили положительные результаты при использовании технических устройств для подачи запросов и/или инициирования социально-коммуникативных взаимодействий [20].

Разработка методов обучения обращению с просьбами и различным навыкам людей со сложными коммуникативными потребностями с помощью технических средств предполагает индивидуальные подходы, которые включают поведенческую последовательность, дифференцированное подкрепление и отсроченные подсказки [12]. Не менее важен коучинг лиц, осуществляющих уход, посредством телемедицины [13].

Результаты наблюдений показали, что когнитивная реабилитация оказывает положительное влияние на фиксацию внимания у пациентов с СР. Однако положительной динамики речевых функций не достигнуто [10, 11].

Важным аспектом является фундаментальное обоснование применения когнитивной стимуляции с использованием методов объективной оценки эффективности таких воздействий, в частности, технологии отслеживания движений глаз [10]. Migliorelli С. с соавт., оценивали результат и продолжительность эффекта когнитивной стимуляции по данным топографической электроэнцефалографии, основываясь на статистически значимом снижении дельта-активности и повышении бета-ритма, связанном с



когнитивной задачей фиксации взора, что отражало влияние когнитивной стимуляции на биоэлектрическую активность головного мозга за пределами периода воздействия [14]. Изучение биоэлектрической активации мозга с помощью электроэнцефалографии во время стимуляции невербальной коммуникации проведена в пилотном исследовании Tost A. соавт. [18].

Результаты спектрального анализа показали, что когнитивный тренинг посредством комбинированного использования технологии отслеживания движений глаз и дополнительных и альтернативных систем коммуникации вызывает существенные изменения биоэлектрической активности головного мозга, которые потенциально связаны с улучшением когнитивных функций и могут использоваться как маркеры для оценки эффективности когнитивных вмешательств [18].

Полученные данные перспективны с точки зрения разработки системы когнитивного тренинга, ориентированного на повышение способности к общению, игровой деятельности и обучению в условиях отсутствия экспрессивной речи. Игровая когнитивная стимуляция вызывает изменения ЭЭГ у людей с СР, улучшая когнитивные функции, в частности внимание во время обучения [18].

Объекты и методы исследования

С целью изучения клинического опыта применения технологий дополнительной и альтернативной коммуникации в когнитивной реабилитации при СР проведен анализ научных публикаций с использованием библиографических баз данных РИНЦ, MEDLINE, PubMed, Cyberleninka.

Музыкальная терапия и основанные на музыке реабилитационные методики, в особенности ритмическая слуховая стимуляция и мелодическая интонационная терапия, рассматриваются как ценные вспомогательными средствами в детской нейрореабилитации, так как могут улучшить эмоциональный фон, повысить общую физическую активность, в частности походку и координацию,



целенаправленную функцию рук, зрительный контакт, а также речевую продукцию, одновременно усиливая вовлеченность и снижая тревожность у пациентов и родителей [9, 15].

Кроме того, по мнению Chou M.Y. с соавт., на фоне музыкальной терапии у пациентов с СР снижается частота эпилептических приступов, однако возможные механизмы противоэпилептического эффекта не раскрыты, и причинно-следственная связь не подтверждена клиническими исследованиями [9]. Отдельные нейробиологические данные свидетельствуют о том, что основанные на музыке вмешательства могут способствовать нейропластичности и укреплять связи в мозге, однако доказательная база по такого рода исследованиям остается ограниченной Roidi M.L.R. [16].

Несмотря на методологическую неоднородность и малочисленность наблюдений, представленные в современной литературе данные позволяют рассматривать музыкальную терапию и основанные на музыке методы реабилитации как методически и экономические доступные, индивидуально ориентированные дополнения к стандартной нейрореабилитации. Реализации реабилитационного потенциала в улучшении двигательной функции и снижении стереотипного поведения при СР способствуют технологии виртуальной реальности [11]. На фоне применения таких технологий отмечено ускорение реакции, увеличение времени фиксации внимания и снижение количества необходимых вспомогательных средств, что отражает повышенную вовлеченность и автономию пациентов во время активности. Однако уровень мотивации оставался стабильно низким на протяжении наблюдений [11].

Заключение

Исследования эффективности когнитивной реабилитации и методов оценки коммуникационных вмешательств при СР характеризуются методологической неоднородностью, отсутствием стандартизованных подходов, вариативностью



периодов наблюдений и их малочисленностью, что в целом свойственно исследованиям в области орфанной патологии и ограничивает обобщаемость результатов. Данные современной литературы указывают на положительное влияние когнитивной реабилитации на отдельные аспекты качества жизни, связанные со снижением стереотипного поведения, коммуникационной и физической активностью. Результаты симптоматических и поддерживающих вмешательств, направленных на формирование элементов экспрессивной коммуникации как важного навыка для достижения автономии и улучшения качества жизни при СР, подчеркивают необходимость пожизненной, индивидуальной и профессионально контролируемой реабилитации с участием специалистов различного профиля.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Басова Г.Г., Громакина Е.В., Гончаренко А.В., Гончаренко В.А.

Деонтология как элемент воспитательной деятельности будущего врача. В сб.: Актуальные проблемы высшего и среднего образования. материалы XV научно-методической конференции с международным участием. Кемерово, 2023. С. 114-119.

2. Визило Т.Л., Федосеева И.Ф., Гончаренко В.А., Гончаренко А.В. Роль

психологической адаптации в формировании качества жизни при нейрофиброматозе. В сб.: Арт-терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации. Кемерово, 2025. С. 207-216.

3. Визило Т.Л., Федосеева И.Ф., Гончаренко В.А., Гончаренко А.В.,

Пиневиц О.С. Значение средовых факторов в формировании нейрокогнитивного фенотипа при нейрофиброматозе. В сб.: Арт-терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации. Кемерово, 2025. С. 198-207.



4. Федосеева И.Ф., Гончаренко А.В., Гончаренко В.А., Попонникова Т.В., Пиневиц О.С., Бедарева Т.Ю. Клинический случай нейрофиброматоза 1 типа, ассоциированного с редким генотипом. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2025. Т. 125. № 6. С. 128-132.

5. Федосеева И.Ф., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В.

Нарушения зрительно-пространственных функций в структуре когнитивного дефицита при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна.

В сб.: Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии. Сборник материалов V Международной междисциплинарной научно-практической конференции, к 160 - летию со дня рождения А.Альцгеймера. Кемерово, 2024. С. 388-396.

6. Федосеева И.Ф., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В., Гончаренко В.А.

Синдром опсиклонус-миоклонус у детей: современные данные. Вопросы современной педиатрии. 2025. Т. 24. № 1. С. 6-12.

7. Федосеева И.Ф., Попонникова Т.В., Галиева Г.Ю., Мошнегуц С.В.

Клинический случай редкого нейродегенеративного заболевания с накоплением железа в мозге, тип 4, у ребенка 15 лет. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2019. Т. 64. № 5. С. 109-113.

8. Caprì T., Dovigo L., Semino M., et al. Use of a low-tech tool in the improvement of social interaction of patients with Rett Syndrome: an observational study. Front Public Health. 2024; 12:1353099.

9. Chou M.Y., Chang N.W, Chen C., et al. The effectiveness of music therapy for individuals with Rett syndrome and their families. J Formos Med Assoc. 2019;118(12):1633-1643.

10. Fabio R.A., Giannatiempo S., Semino M., Caprì T. Longitudinal cognitive rehabilitation applied with eye-tracker for patients with Rett Syndrome. Res Dev Disabil. 2021; 111:103891.



11. Fabio R.A., Semino M., Perina M, et al. Virtual Reality as a Tool for Upper Limb Rehabilitation in Rett Syndrome: Reducing Stereotypies and Improving Motor Skills. *Pediatr Rep.* 2025;17(2):49.
12. Girtler S.N., Unholz-Bowden E.K., Shipchandler A et al. Use of Augmentative and Alternative Communication by Individuals with Rett Syndrome Part 1: Page-Linking. *J Dev Phys Disabil.* 2024;36(1):125-145.
13. Kolb R.L., McComas J.J., Girtler S.N., et al. Teaching Requesting to Individuals with Rett Syndrome Using Alternative Augmentative Communication (AAC) Through Caregiver Coaching via Telehealth. *J Dev Phys Disabil.* 2023;35(6):1063-1090.
14. Migliorelli C., Medina-Rivera I., Bachiller A., et al. Cognitive stimulation has potential for brain activation in individuals with Rett syndrome. *J Intellect Disabil Res.* 2022;66(3):213-224.
15. Milcent Fernandez E., Newman C.J. Music Therapy and Music-Based Interventions in Pediatric Neurorehabilitation. *Children (Basel).* 2025;12(6):773.
16. Roidi M.L.R., Toshimori K., Colletti A. et al. A semi-standardized music therapy intervention for girls with Rett syndrome: A descriptive essay. *J Pediatr Rehabil Med.* 2022;15(2):323-334.
17. Sigafos J., Roche L., O'Reilly M.F. et al. Updated systematic-narrative review on communication intervention in Rett Syndrome: 2010-2022. *Augment Altern Commun.* 2023;39(4):241-255.
18. Tost A., Bachiller A., Garcia-Cazorla A. et al. Electroencephalographic assessment in patients with Rett syndrome during cognitive stimulation by means of eye tracking technology and alternative and augmentative communication systems. *Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol Soc.* 2023; 2023:1-4.
19. Townend G.S., Bartolotta T.E., Urbanowicz A. et al. Development of consensus-based guidelines for managing communication of individuals with Rett syndrome. *Augment Altern Commun.* 2020;36(2):71-81.



20. Girtler SN, Unholz-Bowden EK, Shipchandler A, Kolb RL, McComas JJ. Use of Augmentative and Alternative Communication by Individuals with Rett Syndrome Part 1: Page-Linking. J Dev Phys Disabil. 2024 Feb;36(1):125-145.

**МЕТАФОРИЧЕСКИЙ ПЕРЕНОС КАК ОСНОВА ОБРАЗНОСТИ
В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ
ГРЕКО-ЛАТИНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

Гончаренко Э. А.

*Кафедра латинского языка и медицинской терминологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*
Научный руководитель – канд. филол. наук, доцент Г. В. Чистякова

Аннотация. В статье рассмотрены структура и этимология некоторых названий психических расстройств, образность и точность которых основана на использовании метафор. Преимущественно греко-латинское происхождение метафорических терминов отражает историческую роль древнегреческой культуры в формировании представлений о психиатрической патологии.

Ключевые слова: метафора, медицинская терминология, мифологизмы.

**METAPHORIC TRANSFERENCE AS THE BASIS OF IMAGERY
IN PSYCHIATRIC TERMINOLOGY OF GRECO-LATIN ORIGIN**

Goncharenko E. A.

*Department of Latin Language and Medical Terminology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*
Supervisor – Chistyakova G. V.

Abstract. This article examines the structure and etymology of some mental disorder terms, the imagery and precision of which are based on the use of metaphors.



The predominantly Greco-Latin origins of these metaphorical terms reflect the historical role of ancient Greek culture in shaping concepts of psychiatric pathology.

Keywords: metaphor, medical terminology, mythologisms.

Введение

Психиатрическая терминология формировалась на протяжении многовекового развития представлений о патологии высших психических функций, отражая архаичное мистическое, мифологическое и религиозное мировоззрение, культуру и традиции общества на каждом историческом этапе [6, 8]. Терминология современной психиатрии характеризуется устойчивыми связями между понятиями и обозначающими их терминами, поэтому представляет собой целостную и структурированную систему [5]. Целенаправленный характер терминологической номинации требует выбора определенных языковых средств. Многие наименования психиатрических симптомов и синдромов образованы на базе латинских и греческих слов с устойчивым значением [2, 6].

Терминологическая метафоризация, использующаяся на всем протяжении формирования психиатрии как науки, оказалась наиболее продуктивным способом обогащения лексики и стала частью корпоративной языковой культуры в клинической практике [4, 9, 10]. Метафора (от греч. *metaphora* 'перенесение') – это перенос свойств одного предмета (явления) на другой на основании общего или сходного признака [7]. Это образные, яркие, понятные иносказательные названия и выражения, которые имеют ассоциативный характер и представляют собой скрытое сопоставление без использования сравнительных подчинительных союзов (как, словно, будто, подобно) [7].

Метафорические термины создаются с использованием названий предметов и явлений, которые способны приобретать точность и смысловое значение, существенно отличающиеся от исходных [8, 10]. Типология метафор основана на



анализе этимологии, семантики и функционального диапазона терминов. Выделяют антропоморфные, зооморфные, орнитоморфные, геоморфные, концептуальные метафоры, мифологизмы, колоронимы [7, 8]. В пределах каждой группы метафорических терминов прослеживаются закономерности, связанные с обозначением особенностей внешнего вида, поведения, влечений, сна, положением тела, реализации речевой функции [7, 8]. Высокая продуктивность метафорических моделей, эффективность использования метафор в психиатрии определяют актуальность данной темы.

Цель исследования – выявить и провести анализ метафорического переноса в клинической психиатрической терминологии греко-латинского происхождения.

Объекты и методы

Материалом для исследования послужили метафорические термины, выбранные из словарей терминов, использующихся в психиатрии [1, 3] методом сплошного отбора. При проведении анализа применялись описательный, лексико-семантический, словообразовательный, сопоставительный методы исследования. Всего было проанализировано 58 лексических единиц.

Результаты и их обсуждение

В результате анализа метафорических терминов с учетом основных признаков номинации сформированы группы по элементу слова в сложных однословных терминах или главному слову в словосочетаниях, в котором заключалось основное лексическое значение термина.

Ряд метафор основаны на простых ассоциациях с природными и социальными объектами и явлениями. Примерами могут послужить следующие термины: *аура* (от греч. *aura* ‘лёгкий ветерок, дуновение’) – ощущение, предчувствие приближения эпилептического приступа; *хорея* (от греч. *choreia* ‘танец, пляска’) – непроизвольные движения, или гиперкинезы; *обсессия* (лат. *obsessio* ‘осада, блокада’) – навязчивое стремление совершать определенные



действия или движения; *булимия* (лат. *bulimia* ‘бычий голод’, от греч. *bus* ‘бык’, *limos* ‘голод’) – патологическое усиление аппетита, неутолимое чувство голода; *фуга* (лат. *fuga* ‘бегство, бег’) – разновидность амбулаторного автоматизма в виде эпизодов двигательного возбуждения; *восковая гибкость* (лат. *flexibilitas cerea*, от *flexibilitas* ‘гибкость’, *cera* ‘воск’), или *катаплексия* (лат. *catalepsia* от греч. *katalambano* ‘держат’) – двигательное проявление психического расстройства, сохранение искусственно приданного положения тела или конечностей в неестественной позе; *глишироидия* (от греч. *glykys* ‘клеякий, сладкий’, *eides* ‘подобный’) – эпилептоидная личностная особенность, характеризующаяся инертностью аффектов и прилипчивостью; *карфология* (греч. *karphologia* ‘собираание клочков’) – прогностически неблагоприятный психиатрический симптом терминальной стадии тяжелых соматических заболеваний в виде автоматизированных хватательных движений рук, напоминающих попытки собрать мелкие предметы; *ипохондрия* (греч. *hypochondria*, букв. ‘подреберье’) – расстройство личности, связанное с повышенным вниманием человека к здоровью.

Одна из самых многочисленных групп представлена терминами, обозначающими боязнь чего-либо, заканчиваются элементом *-фобия* (греч. *phobos* ‘страх’, греч. суф. *-ia* ‘патологический процесс’), а начальная часть термина указывает на источник фобии. Например, *агорафобия* (лат. *agoraphobia*, от греч. *agore* ‘рыночная площадь’) – навязчивый страх открытых пространств, мест скопления людей. Названия некоторых фобий связаны с именами из греческой мифологии: *венерофобия* (лат. *venerophobia* – от имени богини Венеры, покровительницы любви и красоты) – страх заразиться венерической болезнью, *гипнофобия* (лат. *hypnophobia*, от греч. *hupn* ‘сон’, Гипнос – бог сна, сын Ночи и Мрака) – боязнь заснуть из-за опасения смерти во время сна; *танатофобия* (лат. *Thanatophobia*, Танатос в древнегреческой мифологии – бог смерти) – навязчивый



страх смерти; *уранофобия* (лат. *uranophobia*, от греч. *uran* ‘небо’, Уран – бог неба) – боязнь смотреть в небо, страх выхода на улицу и ожидание опасности сверху.

Некоторые особенности психики формируют комплексы – эмоционально окрашенную совокупность представлений и установок, влияющих на социализацию [3, 4]. В клинической терминологии отражены комплексы, соответствующие образу определенных мифологических персонажей. Словосочетание содержит слово *комплекс* (лат. *complexus*) и имя мифологического героя, символизирующего этот комплекс. Так, *комплекс Ионы* – внутреннее сопротивление реализации своих талантов. Пророк Иона в Библии был послан Богом в Ассирию, чтобы предупредить жителей о грозящем им наказании, но не смог выполнить свою миссию, поскольку не верил в свои силы. *Комплекс Афины Паллады* – нарушение социального и гендерного самоопределения женщины, которая берет на себя роль мужчины. Афина Паллада в древнегреческой мифологии – богиня войны и мудрости.

Термины, отражающие непреодолимое влечение, болезненную склонность или пристрастие к чему-либо, объединяются конечным элементом *-мания* (греч. *man* ‘влечение’ и греч. суф. *ia* ‘патологический процесс’), который следует за начальным элементом – именем мифологического персонажа, выступающего символом какого-либо влечения. Например, *афродизиомания* (лат. *aphrodisiomania*, от греч. *aphrodis* ‘возбуждающий любовную страсть’, Афродита – древнегреческая богиня любви и красоты) – заикленность на поисках средств для стимуляции половой активности; *геомания* (лат. *geomania*, от греч. *Geo* ‘Гея’ – богиня земли) – поедание несъедобных минералов, почвы; *нимфомания* (лат. *nymphomania*, от греч. *nymph* ‘невеста’) – повышенное половое влечение у женщин при неврозах и маниакальных состояниях. Термин связан с древнегреческими божествами в виде девушек, олицетворяющих живительные и плодоносные силы.



Группа терминов, называющих поведение и самоощущение, характерное для мифологического или литературного персонажа объединяется конечным элементом *-изм* (от греч. *-ismus* 'патологическое состояние, процесс') и представлена такими терминами, как *гистрионизм* (лат. *histrio* 'актер') – театральное поведение больных истерией с проявлениями эгоцентризма, эмоциональной лабильности, драматизации, сильной экспрессии в мимике и речевых интонациях; *нарциссизм* (лат. '*narcissismus*') – влечение к самому себе, любование собственным телом, своей красотой, подобно персонажу древнегреческой мифологии Нарциссу – сыну речного бога Кефиса, влюбившемуся в свое отражение; *пигмалионизм* (лат. *pygmalionismus*) – влечение мужчин к скульптурам, изображающим женщин, как мифологический скульптор Пигмалион, влюбившийся в созданную им статую; *сомнамбулизм* (лат. *somnambulismus*, от лат. *somn-* 'сон', *ambulare* 'ходить', Сомнус – имя бога сна) – расстройство, при котором люди во сне совершают какие-либо действия. В группе наименований расстройства сна использование приставок (греч. *hyper-* 'сверх', *dys-* 'нарушение', *para-* 'около', лат. *in-* 'отсутствие') наряду с суффиксом (греч. *-ia* 'патологическое состояние') уточняет характер патологии: *гиперсомния* (лат. *hypersomnia*) – избыточная сонливость, *диссомния* (лат. *dysomnia*) – нарушение качества или времени сна, *инсомния* (лат. *insomnia*) – бессонница, *парасомния* (лат. *parasomnia*) – патологические состояния во время сна (расстройство пробуждения, кошмары). Подобную структуру имеют такие метафорические термины как *апаталлия* (лат. *pallium* 'плащ', *a-* 'отсутствие') – симптомокомплекс, возникающий при разобщении связей между корой головного мозга и другими центрами, при этом в состоянии бодрствования больные недоступны контакту.

С именем древнегреческой богини, олицетворяющей память, Мнемосины – дочери Урана и Геи, матери рожденных от Зевса Муз, связан конечный элемент многочисленных терминов, обозначающих расстройства памяти (лат. *-mnesia*, от



греч. *mnes* ‘память’, *-ia* ‘патологическое состояние’). При этом начальные элементы терминов данной группы уточняют конкретный вид расстройства: *амнезия* (лат. *amnesia*) – потеря памяти, пробел в воспоминаниях; *гипермнезия* (лат. *hypermnnesia*) – патологическое усиление способности запоминания; *гипомнезия* (лат. *hypomnesia*) – ослабление памяти на события, даты, имена и лица.

Термины, обозначающие расстройство говорения, объединяются конечным элементом *-лалия* (от греч. *lal* ‘говорить’, *-ia* ‘патологическое состояние’), который в совокупности с начальными элементами формируют образное описание расстройства. Например, *копролалия* (греч. *kopros* ‘навоз, грязь’) – непреодолимое импульсивное влечение к произношению бранных слов, наблюдается при болезни Жюль де ла Туретта. Термины *эхолалия* (лат. *echolalia*, греч. *-echo* ‘отголосок’) – автоматическое повторение чужих слов, *аутоэхолалия* (лат. *autoecholalia*, греч. *auto* ‘тот же самый’) – многократное повторение последних слов из произнесенной фразы, связаны с именем древнегреческой нимфы Эхо, которая была наказана Герой за болтовню и могла произносить только конец слова.

Заключение

Образность и точность современной психиатрической терминологии основана на использовании метафор. Лексические единицы могут быть образованы путем словосложения, аффиксации и с использованием приставок на основе элементов греческих и латинских слов. В психиатрической метафорической терминологии широко представлены мифологизмы, основанные на именах мифологических персонажей, символизирующих особенности характера, модели поведения и патологические состояния высших психических функций. Преимущественно греко-латинское происхождение метафорических терминов отражает историческую роль древнегреческой культуры в формировании представлений о психиатрической патологии и медицинской терминологии.



Источники и литература/ Sources and references:

1. Александровский Ю. А. Словарь терминов, используемых в психиатрии. – М.: Веданта, 2021. – 272 с.
2. Данилина Н. И. Семантическое терминообразование в сфере психиатрии на базе классических языков // Сборник статей по материалам II Международной научно-практической конференции. – Н. Новгород, 2021. – С. 71–77.
3. Крук И. В., Блейхер В. М. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж: Модэк, 1995. – 640 с.
4. Менделевич В. Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. – М.: Городец, 2016. – 128 с.
5. Менделевич В. Д. «Семантическая пустота» ряда психиатрических терминов, используемых в диагностике шизофрении // Неврологический вестник. – 2023. – Т. LV. – №2. – С. 5–11.
6. Рожкова Т. В. История психиатрической терминологии как отражение научной мысли // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – Т. 13. – № 2–4. – 2011. – С. 979–986.
7. Сорокоумова Е. А., Фадеев Д. С. Метафора как культурный и психологический феномен. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 8–1. – С. 113–115.
8. Тритенко Т. В. Толковый словарь мифологических терминов клинической психологии: уч. пособие под ред. В.Ф.Новодрановой. – М. : Клио, 2015. – 170 с.
9. Чистякова Г. В., Кадникова О. В. Этапы и факторы формирования мотивации к изучению латинского языка в медицинском вузе // Вестник общественных и гуманитарных наук. – 2024. – № 5(3). – С. 60–66.



10. Stringaris A. K., Medford N. C., Giampietro V. et al. Deriving meaning: Distinct neuronal mechanisms for metaphoric, literal, and non-meaningful sentences // Brain and Language, 100. – 2007. – P.150–162.

**АСТЕНИЯ КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ
ОБЩЕЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ**

Гончаренко Э. А., Кунгурцева М. Д.

Кафедра физической культуры

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. На основе анализа современных представлений о механизмах развития и проявлениях астении рассмотрена роль повышенной утомляемости различного генеза в снижении общей двигательной активности. Проблема дифференциальной диагностики астении заключается в клинической схожести различных её форм с другими нарушениями, сопровождающимися снижением резистентности к физическому напряжению.

Ключевые слова: астения, физическая активность, утомление, мышечная гипотония.

**ASTHENIA AS A FACTOR IN DECLINING
GENERAL PHYSICAL ACTIVITY**

Goncharenko E. A., Kungurtseva M. D.

Department of Physical Education

Kemerovo State Medical University

Abstract. Based on the analysis of modern concepts about the mechanisms of development and manifestations of asthenia, the role of increased fatigue of various origins in the reduction of general motor activity is considered. The challenge of



differential diagnosis of asthenia lies in the clinical similarity of its various forms with other disorders associated with decreased resistance to physical exertion.

Keywords: asthenia, physical activity, fatigue, muscle hypotonia.

Введение

Актуальность изучения астении определяется полиморфностью симптомов, высокой частотой в структуре различных заболеваний и лимитирующим влиянием на социальную и физическую адаптацию [14, 15]. Изменения нейроэндокринной и вегетативной регуляции при астении могут влиять на резистентность организма к физическим нагрузкам [2, 15]. Не смотря на широкую распространенность астении, патогенетические и диагностические аспекты данного состояния изучены недостаточно, что определяет трудности коррекции различных клинических проявлений.

Объекты и методы

С целью изучения современных представлений о дифференциальной диагностике астении и механизмах её влияния на общую двигательную активность проведен анализ научных публикаций с использованием библиографических баз данных PubMed, Kiberleninka, РИНЦ, Google Scholar.

Результаты и их обсуждение

Ключевым признаком астении является длительно существующая повышенная утомляемость - состояние патологической усталости после нормальной активности [6]. Под влиянием длительной гипокинезии вследствие особенностей социальной активности и некоторых патологических состояний индивидуальные показатели работоспособности и физической активности могут снижаться [1, 2, 10]. Утомляемость связана с индивидуальными физическими особенностями человека, его возрастом, мотивацией, волевыми качествами, адаптационным потенциалом [7]. Развитие утомления может быть связано с



недостаточным восстановлением физиологических затрат при выполнении интенсивных или длительных нагрузок на фоне воздействия негативных факторов среды [6, 7]. Это обратимое нарушение гомеостаза не является патологическим состоянием, компенсируется после отдыха и не требует фармакологической коррекции [6]. Следует отметить, что патологическая утомляемость может быть проявлением побочных действий некоторых лекарственных препаратов [7, 15]. При нарушении транспорта кислорода, низкой эффективности митохондриальных механизмов синтеза АТФ, низком уровне энергетического и пластического обмена - быстрое развитие повышенной утомляемости при исходно нормальной работоспособности [6, 7, 15].

При астенических состояниях отмечается повышение чувствительности организма к стрессовым факторам и снижение общей резистентности, проявляясь в виде эмоциональной лабильности, повышенной утомляемости и истощаемости, снижения работоспособности и двигательной активности, гиперестезии, нарушений сна [2, 15]. Для астении характерны особенности активации сердечно-сосудистой системы и кровоснабжения тканей при повышении их метаболической потребности во время физических нагрузок, которые приводят к активации катаболических процессов в мышцах [6, 7]. В роли провоцирующих развитие астении факторов выступают инфекции, интоксикации, хронические психотравмирующие ситуации, хронический болевой синдром, анемии, изменения гормонального статуса, обеспеченность витаминами и микроэлементами [8, 10, 15, 16]. Гиперстеническая форма астении связана с недостаточностью процессов внутреннего торможения и преобладанием проявлений повышенной возбудимости и раздражительности, в отличие от гипостенической формы, характеризующейся охранительным торможением. Астенические реакции - обратимые проявления гипостенического типа астении, регрессируют на фоне оптимизации



физической и психоэмоциональной нагрузки и не требуют медикаментозной коррекции [2, 15].

В современной литературе рассматриваются теории патогенеза астении, предусматривающие ведущую роль психосоматических, биохимических процессов, первичной недостаточности вегетативных функций и нейроэндокринной регуляции в условиях воздействия неадекватно сильных или длительных внешних раздражителей [15]. Согласно современным представлениям, недостаточность центральной вегетативной регуляции эрго- и трофотропных функций приводит к нарушениям гомеостаза и снижению адаптационных возможностей [6, 15]. При астении снижается активность антиоксидантной системы, активируются процессы свободнорадикального окисления и развиваются вторичные метаболические нарушения, снижающие резистентность организма к гипоксии и физическим нагрузкам [6, 7].

Важной проблемой является дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся снижением двигательной активности и мышечной гипотонией, требующей расширенного диагностического поиска в связи с большим количеством причин, вызывающих данное состояние [4, 9, 11].

В литературе описаны десятки различных заболеваний, характеризующихся таким симптомокомплексом, включая наследственные нервно-мышечные заболевания, лизосомные болезни накопления, ферментопатии, митохондриальные болезни, дисплазии соединительной ткани, последствия перинатальных поражений нервной системы и другие [9, 11, 12, 13]. По мнению Долговой И.Н., изменения, обнаруженные при длительном наблюдении на фоне стабильной мышечной гипотонии при отсутствии грубых неврологических и соматических заболеваний, свидетельствуют об энергодефицитном диатезе, или генетически детерминированной недостаточности цитоэнергетического статуса организма [3]. В современной литературе отмечается высокая распространенность мышечной



гипотонии, нарушений осанки, снижения резистентности к физическим нагрузкам вследствие родовых травм и врожденных аномалий шейного отдела позвоночника, его вторичных морфологических и функциональных нарушений [5]. Особенности телосложения (сколиоз, деформация грудной клетки, крыловидные лопатки, патологическая установка таза и нижних конечностей), формируются под влиянием мышечной гипотонии с раннего детства [3, 5]. При этом по мере взросления наблюдается неблагоприятная адаптация к учебной деятельности - недостаточное общее физическое развитие, низкая общая работоспособность, недостаточность внимания, памяти, высокая утомляемость и снижение общей двигательной активности [5].

Заключение

Проблема дифференциальной диагностики астении заключается в схожести клинических проявлений различных её форм с другими нарушениями, сопровождающимися снижением резистентности к физическому напряжению, что является главным препятствием к постановке диагноза и разработке индивидуальных программ реабилитации.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Басова Г.Г., Громакина Е.В., Гончаренко В.А. Дистанционное образование в медицинском вузе. В сб.: Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения. материалы XIII научно-методической онлайн конференции с международным участием. 2021. С. 297-301.
2. Визило Т.Л., Попонникова Т.В., Федосеева И.Ф., Визило А.Д. Коррекция астении в условиях амбулаторной клинической практики. Фарматека. 2024. Т. 31. № 6. С. 126-135.
3. Долгова И.Н., Карпов С.М., Минаева О.А. Наследственные факторы мышечной гипотонии у детей. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018;13(4):609-611. <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13117>



4. Думова С.В., Чугунова О.Л., Семенова Н.А. и др. Дифференциальный диагноз при синдроме вялого ребенка. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2022; 101 (1): 171–178.
5. Елубаева А.М., Аухадеев Э.И. Физические упражнения в воспитании детей и подростков со сниженным мышечным тонусом и нарушенной осанкой. Казанский медицинский журнал. 2004. Т. 85, № 4. С. 300-301.
6. Навакатилян А.О. Физиологические механизмы утомления. Физиология трудовой деятельности. СПб.: Наука, 1993. С. 83–106.
7. Новиков В.С., Благинин А.А., Шустов Е.Б. Психолого-физиологическая оценка острого физического утомления. Физиология человека. 2015. № 2. С. 24–27.
8. Попонникова Т.В., Субботин А.В. Особенности клинических проявлений острого периода сочетанной инфекции клещевого энцефалита и иксодового клещевого боррелиоза у детей. Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2005. № 1. С. 7-10.
9. Сухоруков В. С. Митохондриальная патология и проблемы патогенеза психических нарушений. Журнал неврологии и психиатрии. 2008. № 6. С. 83–90.
10. Федосеева И.Ф., Гончаренко В.А., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В. Психологические аспекты расстройств аккомодации у подростков с неврозоподобными заболеваниями. В сб.: Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы в XXI веке: новые задачи и возможные пути решения. Сборник материалов II Международной научно-практической конференции, к 170-летию со дня рождения С.С.Корсакова - основателя русской психиатрической школы. Кемерово, 2024. С. 464-472.
11. Федосеева И.Ф., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В., Глебова И.В., Пиневиц О.С., Гончаренко В.А. Паранеопластический опсоклонус-миоклонус-



синдром. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2024. Т. 124. № 12. С. 165-170.

12. 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. <https://doi.org/10.15690/vsp.v24i1.2848>

13. Федосеева И.Ф., Попонникова Т.В., Пиневич О.С. Миопатический синдром при болезни накопления гликогена IV ТИПА на примере семейного случая. Бюллетень сибирской медицины. 2024. Т. 23. № 3. С. 172-177

14. Храмелашвили В.В. Астения как раннее проявление дезадаптации. Гуманитарный вестник. 2013. Вып. 12. С. 143.

15. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю. Астенические расстройства. История и современность. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;120(6):131-136. <https://doi.org/10.17116/jnevro2020120061131>

16. Underhill RA. Myalgic encephalomyelitis, chronic fatigue syndrome: An infectious disease. Med Hypotheses. 2015;85(6):765-773.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТЕРЕОТИПОВ И ПРЕДУБЕЖДЕНИЙ: ВЛИЯНИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

Гулевич Т. 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 данной работе рассматриваются механизмы формирования стереотипов и предубеждений, а также их влияние на психическое здоровье индивидов. Анализируются когнитивные процессы, способствующие возникновению стереотипов, и последствия, которые они могут иметь для людей,



сталкивающихся с дискриминацией. Особое внимание уделяется тому, как негативные стереотипы влияют на доступ к психиатрической помощи и качество лечения. Также рассматриваются терапевтические подходы, направленные на преодоление предвзятостей в клинической практике. Работа подчеркивает важность комплексного подхода в борьбе со стереотипами и необходимости активного участия общества и специалистов в области психического здоровья для создания более инклюзивной среды.

Ключевые слова: стереотипы, предвзятости, психическое здоровье, дискриминация, когнитивные процессы, терапевтические подходы, инклюзия, психиатрическая помощь.

PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF STEREOTYPE AND PREJUDICE FORMATION: IMPACT ON MENTAL HEALTH AND THERAPEUTIC APPROACHES

Gulevich T. V.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Senior Lecturer A. S. Yakovlev

Abstract. This paper examines the mechanisms by which stereotypes and prejudices are formed and their impact on individuals' mental health. It analyzes the cognitive processes that contribute to the emergence of stereotypes and the consequences they may have for individuals experiencing discrimination. Particular attention is paid to how negative stereotypes impact access to mental health care and the quality of treatment. Therapeutic approaches aimed at overcoming biases in clinical practice are also discussed. The paper emphasizes the importance of a comprehensive approach to combating stereotypes and the need for active participation by the community and mental health professionals to create a more inclusive environment.



Keywords: Stereotypes, biases, mental health, discrimination, cognitive processes, therapeutic approaches, inclusion, psychiatric care.

Введение

Стереотипы и предубеждения представляют собой устойчивые и обобщенные представления о группах людей, которые формируются на основе ограниченного опыта, недостатка информации или влияния культурных и социальных контекстов. Эти явления могут быть как положительными, так и отрицательными, однако негативные стереотипы и предвзятости зачастую приводят к дискриминации и социальной изоляции. В современном мире, где разнообразие культур и этнических групп становится все более заметным, понимание механизмов формирования стереотипов и их последствий становится особенно актуальным.

Психология стереотипов основана на ряде когнитивных процессов, таких как обобщение, упрощение и социальное сравнение. Эти процессы помогают людям быстро оценивать окружающий мир, но в то же время могут приводить к искажению реальности и формированию ошибочных представлений о других. Например, в условиях ограниченного взаимодействия с представителями определенной группы люди могут опираться на стереотипы, что может привести к недопониманию и конфликтам.

Предвзятости, возникающие на основе стереотипов, не только влияют на восприятие других людей, но и оказывают значительное влияние на психическое здоровье тех, кто подвергается дискриминации. Исследования показывают, что люди, сталкивающиеся с негативными стереотипами, могут испытывать повышенный уровень стресса, тревоги и депрессии. Это создает замкнутый круг, в котором предвзятости усиливают психические проблемы, а сами проблемы могут способствовать дальнейшему укреплению стереотипов.



В данной работе мы не только рассмотрим психологические механизмы формирования стереотипов и предубеждений, но также проанализируем их влияние на психическое здоровье индивидов. Мы обсудим, как эти явления могут затруднять доступ к психиатрической помощи и ухудшать качество лечения. Кроме того, мы уделим внимание терапевтическим подходам, направленным на преодоление негативных стереотипов и предвзятостей в клинической практике. Важно отметить, что борьба со стереотипами требует комплексного подхода и активного участия как специалистов в области психического здоровья, так и общества в целом. Тема стереотипов и предубеждений является многогранной и требует дальнейшего изучения для создания более инклюзивного и поддерживающего общества.

Целью данной работы

- 1. Анализ механизмов формирования стереотипов и предубеждений:** исследовать психологические процессы, которые способствуют возникновению стереотипов и предубеждений, включая когнитивные, эмоциональные и социокультурные факторы.
- 2. Изучение влияния стереотипов на психическое здоровье:** оценить, как стереотипы и предубеждения влияют на психическое здоровье индивидов, включая их связь с тревожностью, депрессией и другими психическими расстройствами.
- 3. Исследование терапевтических подходов:** рассмотреть существующие терапевтические методы и подходы, направленные на преодоление стереотипов и предубеждений, а также их эффективность в работе с клиентами.
- 4. Разработка рекомендаций для практической психологии:** на основе полученных данных сформулировать рекомендации для психологов и терапевтов по работе с клиентами, испытывающими влияние стереотипов и предубеждений на их психическое здоровье.



5. **Повышение осведомленности:** поднять уровень осведомленности о негативных последствиях стереотипов и предубеждений для психического здоровья, как среди специалистов в области психологии, так и среди широкой аудитории.

Объекты исследования

1. **Индивиды с различными стереотипами:** Люди, подверженные влиянию стереотипов и предубеждений на основе расы, пола, возраста, сексуальной ориентации и других факторов.

2. **Психологические аспекты:** Когнитивные и эмоциональные процессы, связанные с формированием и поддержанием стереотипов и предубеждений.

3. **Психическое здоровье:** Степень выраженности тревожных расстройств, депрессии и других психических заболеваний у людей, испытывающих воздействие стереотипов.

4. **Терапевтические подходы:** Различные методы и техники, используемые психологами для работы с клиентами, сталкивающимися со стереотипами и предубеждениями.

Методы исследования:

1. **Опросы и анкеты:** Использование стандартизированных опросников для оценки уровня стереотипов и предубеждений у участников, а также их психического здоровья (например, шкалы депрессии, тревожности и т.д.).

2. **Качественные интервью:** Проведение полуструктурированных интервью с клиентами и терапевтами для глубокого понимания влияния стереотипов на психическое здоровье и эффективности терапевтических подходов.

3. **Экспериментальные исследования:** Проведение экспериментов для изучения влияния различных факторов на формирование стереотипов (например, воздействие информации или медиа).



4. **Анализ случаев:** Изучение конкретных случаев из практики психологов, где стереотипы влияли на процесс терапии и результаты.

5. **Лонгитюдные исследования:** Наблюдение за изменениями в психическом здоровье индивидов в течение времени под воздействием стереотипов и предубеждений.

6. **Методы контент-анализа:** Анализ текстов (например, СМИ, социальных сетей) для выявления распространенных стереотипов и их влияния на общественное мнение.

Психологические механизмы формирования стереотипов

1. Когнитивные искажения

Когнитивные искажения играют ключевую роль в формировании стереотипов. Одним из наиболее распространенных искажений является обобщение, когда отдельные случаи или характеристики одной группы людей переносятся на всю группу. Например, если один человек из определенной этнической группы ведет себя агрессивно, это может привести к ошибочному выводу о том, что все представители этой группы агрессивны.

2. Социальное сравнение

Теория социального сравнения предполагает, что люди оценивают себя и свою группу по сравнению с другими. Это может привести к формированию стереотипов как способу подтверждения собственной идентичности и повышения самооценки. Группы, которые воспринимаются как «другие», часто становятся объектами негативных стереотипов.

3. Влияние культурных норм

Культурные нормы и ценности также играют важную роль в формировании стереотипов. Социальные группы могут передавать определенные предвзятости через медиа, образование и семейные традиции. Эти стереотипы могут стать частью коллективного сознания и влиять на восприятие других людей.



Влияние стереотипов на психическое здоровье

Стереотипы и предубеждения могут оказывать глубокое влияние на психическое здоровье индивидов. Исследования показывают, что люди, подвергающиеся дискриминации или негативным стереотипам, могут испытывать повышенный уровень стресса, тревоги и депрессии.

1. Стресс и самооценка

Люди, сталкивающиеся с предвзятостью, часто испытывают стрессовые реакции, которые могут привести к ухудшению психического здоровья. Негативные стереотипы могут снижать самооценку и вызывать чувство неполноценности, что в свою очередь может приводить к депрессии и другим психическим расстройствам.

2. Доступ к помощи

Стереотипы могут также влиять на доступ к психиатрической помощи. Люди из групп, подвергающихся стигматизации, могут избегать обращения за помощью из-за страха быть осужденными или неправильно понятыми. Это может привести к тому, что они не получают необходимую поддержку и лечение.

Роль стереотипов в клинической практике

Стереотипы могут оказывать влияние на клиническую практику, включая диагностику и лечение. Психиатры и психологи могут бессознательно применять предвзятые представления при оценке пациентов, что может приводить к неправильным диагнозам или неадекватному лечению.

1. Примеры предвзятости в диагнозах

Исследования показывают, что некоторые группы населения чаще получают диагнозы, основанные на стереотипах. Например, мужчины могут чаще диагностироваться с расстройствами поведения, в то время как женщины могут быть более склонны к диагнозам тревожных расстройств.



2. Влияние на качество лечения

Предвзятости могут также влиять на качество предоставляемой помощи. Если терапевт имеет негативные стереотипы о пациенте, это может привести к недостаточной эмпатии и пониманию его проблемы, что снижает эффективность терапии.

Терапевтические подходы к работе со стереотипами и предубеждениями

Преодоление стереотипов и предубеждений в клинической практике требует осознанного подхода со стороны терапевтов.

1. Повышение осведомленности

Терапевты должны быть осведомлены о своих собственных предвзятостях и активно работать над их преодолением. Это может включать участие в тренингах по культурной компетентности и саморефлексии.

2. Инклюзивная практика

Создание инклюзивной практики, которая учитывает разнообразие культурных контекстов и индивидуальных различий, может помочь снизить влияние стереотипов на терапевтический процесс. Важно учитывать уникальные особенности каждого пациента и адаптировать подходы к их потребностям.

Заключение

Стереотипы и предубеждения имеют глубокие корни в человеческой психологии и оказывают значительное влияние на психическое здоровье индивидов и качество клинической помощи. Понимание психологических механизмов формирования этих явлений является ключом к их преодолению. Терапевты должны активно работать над осознанием своих предвзятостей и стремиться к созданию инклюзивной практики для обеспечения качественной поддержки всем пациентам. Важно продолжать исследования в этой области для дальнейшего улучшения психического здоровья населения и качества психиатрической помощи.



Источники и литература/ Sources and references:

1. Алпорт, Г. (1954). Природа предвзятости. Издательство «Наука».
2. Таджфел, Х., Тёрнер, Дж. (1986). Социальная идентичность и поведение в межгрупповых отношениях. В С. Ворчел и У. Г. Остин (Ред.), Психология межгрупповых отношений (с. 7-24). Издательство «Нельсон-Холл».
3. Фиск, С. Т., Тейлор, С. Е. (2013). Социальное восприятие: от мозга к культуре. Издательство «Сэйдж».
4. Диксон, Дж., Левин, М. (2012). За пределами предвзятости: расширение социальной психологии конфликта, неравенства и социального изменения. Издательство Кембриджского университета.
5. Петтигрев, Т. Ф., Тропп, Л. Р. (2006). Мета-аналитическое тестирование теории межгруппового контакта. // Журнал личной и социальной психологии, 90(5), 751-783.

ПСИХОЛОГИЯ КРИЗИСНЫХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ. МЕТОДИКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ

Дударь А. А., Кособаева Д. Р., Калибекова Д. Г.

Кафедра психиатрии и наркологии

НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Научный руководитель – ассистент А. А. Алмагамбетова

Аннотация. В данной работе освещаются ключевые аспекты психологии и экстремальных ситуаций, акцентируя внимание на методах восстановления и психологической поддержки. Особое внимание уделяется изучению природы кризиса, его проявлениям и последствиям для эмоциональной и психической устойчивости личности. Рассматриваются характеристики эмоционального напряжения, виды психологических травм и их классификация в контексте воздействия стрессовых и кризисных событий. Работа включает анализ



особенностей нормативных и ненормативных кризисов, а также исследование влияния кризисных событий на жизнедеятельность человека с учетом субъективного восприятия и индивидуальных особенностей.

Ключевые слова: психологический кризис, экстремальная ситуация, стресс, арт-терапия, когнитивно-поведенческая терапия, эмоциональная устойчивость.

PSYCHOLOGY OF CRISIS AND EXTREME SITUATIONS. RECOVERY TECHNIQUES

Dudar A. A., Kosobaeva D. R., Kalibekova D. G.

Department of Psychiatry and Narcology

Semey Medical University, Republic of Kazakhstan, Semey

Supervisor – Assistant A. A. Almagambetova

Abstract. This paper highlights key aspects of psychology and extreme situations, focusing on methods of recovery and psychological support. Special attention is paid to the study of the nature of the crisis, its manifestations and consequences for the emotional and mental stability of the individual. The characteristics of emotional stress, types of psychological traumas and their classification in the context of the impact of stressful and crisis events are considered. The work includes an analysis of the features of normative and non-normative crises, as well as a study of the impact of crisis events on human life, taking into account subjective perception and individual characteristics.

Keywords: psychological crisis, extreme situation, stress, art therapy, Cognitive behavioral therapy, emotional stability.

Введение

В современном обществе наблюдается значительное повышение стресса, итогом которого становится кризисное состояние. Кризисное состояние является распространенным явлением в следствие множества факторов и стрессовых



(экстремальных) ситуаций, воздействующих на его социальное благополучие. Актуальность исследования психологии кризисных и экстренных ситуаций обусловлена увеличением числа чрезвычайных происшествий и социальных катаклизмов в современном мире, что значительно влияет на качество жизни и здоровье людей, соответственно понимание особенностей реакций человека позволит разработать эффективные методы для помощи [1].

Психология кризиса и экстремальной ситуации – это важная и сложная область современной психологии, которая изучает особенности психологической деятельности человека в условиях нестандартных условиях, угрожающих его нормальному существованию и безопасности. Кризисные и экстремальные ситуации представляют собой острые жизненные события, такие как природные катастрофы, техногенные аварии, военные конфликты, тяжелые психологические потрясения и трагедии, что требуют быстрой адаптации личности и немедленной мобилизации внутренних ресурсов на ее решение.

Психологическая помощь – неотъемлемая часть комплексной системы поддержки пострадавших, способствуя снижению уровня травматизации индивида и формирования адаптивных стратегий поведения и восстановления психологического равновесия

Цель работы: изучить состояние человеческого организма в состоянии кризисной или экстремальной ситуации, а также проанализировать эффективные методы психологической помощи.

Объектом исследования является психическая деятельность человека, пережившего те или иные состояния и системы, в которых происходит взаимодействие. В ходе работы проведен анализ документов и научных статей других авторов для их обзора. Так же сделано тестирование с целью выявления и понимания кризисного состояния учащихся НАО «Медицинский Университет Семей».



Результаты и их обсуждение

Теоретический анализ:

В современной психологической науке сформировался самостоятельный раздел — психология экстремальных ситуаций, предметом которого являются общие закономерности психической деятельности человека в условиях, выходящих за рамки привычной жизнедеятельности. К таким условиям относятся природные катастрофы, техногенные аварии, вооружённые конфликты, насилие, внезапные потери и другие события, представляющие угрозу для жизни, здоровья или социального статуса личности.

Существует два основания, которые определили возможность и необходимость выделения кризисной психологии в самостоятельную отрасль психологических знаний:

Первое основание — это мирное сосуществование различных психологических практик: педагогической, спортивной, инженерной, медицинской, каждая из которых имеет свой предмет, свою технологию и инструментарий психологического подхода к человеку в зависимости от вида деятельности. Эти практики носят преимущественно «мирный» характер. Но в любой области человеческой жизнедеятельности все чаще и чаще встречаются ситуации (события), выходящие за привычные рамки и требующие адекватного ответа, который, как правило, лежит вне предмета данных отраслей психологической науки. Независимо от отрасли в кризисной ситуации ответ оказывается схожим в области спорта, медицины, педагогики и т.д.

Второе основание — существование различных психологических школ и направлений, каждая из которых вырабатывала свою объяснительную парадигму, свои методы исследования, свой способ вмешательства в психическую жизнь человека. Так, классический бихевиоризм брался «сконструировать» человека под любой заказ при условии, что на личность будет своевременно направлен



определенный набор стимулов. Психоанализ готов помочь человеку избавиться почти от всех проблем, если окажется в состоянии добраться до глубин его психики, до конфликтов раннего детства, если сможет проанализировать детские влечения, детские страхи и детские запреты. Не отрицая ни основных положений бихевиоризма, ни тем более влияния детских психических травм на жизнедеятельность человека, мы считаем, что сама человеческая жизнь в каждый свой период в полной мере определяет психическую жизнь и поведение [1].

В психологической литературе можно широко используется несколько терминов для обозначения ситуаций, связанных с дезадаптацией индивида:

- 1.) Кризисная ситуация
- 2.) Экстремальная ситуация
- 3.) Чрезвычайная ситуация

Каждое из этих понятий отражает особые условия, в которых человек сталкивается с угрозами, стрессами и нарушениями нормального функционирования [2].

Кризис – происходит от греческого слова «krisis», что в переводе означает «решение», «поворотный момент» или «исход событий». В психологическом контексте кризис понимается не просто как трудность или сбой, а как необходимый и решающий этап в жизненном развитии человека, который выступает в роли важного порога, запускающего процессы внутреннего изменения и роста личности. Он всегда несет с собой необходимость сделать выбор между разными путями – одни из них ведут к регрессу, а другие открывают путь к прогрессу.

Кризис представляет собой сложное и динамичное психическое состояние, которое появляется вне зависимости от готовности или желания человека, являясь закономерной частью его жизненного пути и развития. Во время кризиса происходит глубокая перестройка жизни, охватывающая несколько основополагающих уровней:



- Когнитивный уровень, где происходит переоценка и усвоение новых ценностных ориентиров, формирование новой иерархии смыслов и убеждений.
- Аффективный уровень, отражающий способность индивида справляться с эмоциональным напряжением, преодолевать внутренние конфликты, сохраняя эмоциональную целостность и стабильность.
- Поведенческий уровень, характеризующийся появлением новых моделей поведения реакций на окружающую реальность, которые ранее не были характерны для человека [3].

Спецификой кризиса является его различие восприятия разными людьми. То есть одна и та же ситуация может восприниматься разными людьми с разной силой и мощностью: как обычная, экстремальная или катастрофическая (предел).

Кризис представляет собой специфическое психическое состояние, характеризующееся глубоким нарушением привычного образа жизни и повседневной деятельности человека. Этот период сопровождается резкими изменениями в восприятии окружающей реальности и значительными трудностями, создающими острое ощущение напряженности и нестабильности. То есть, кризис – это тяжелое переходное состояние, в котором прежние способы адаптации и решения проблемы оказываются неэффективными, что требует от личности срочной и кардинальной переоценки своих взглядов, убеждений и оценок своих возможностей.

Важной особенностью кризиса является необходимость быстрого перестроения когнитивных и поведенческих стратегий, поскольку ситуация предъявляет новые требования к адаптации, которые не могут быть удовлетворены прежними моделями реагирования. В кризисной ситуации человек сталкивается с расширением внутреннего конфликта и повышенным уровнем психологического стресса, что требует мобилизации всех ресурсов психики для преодоления возникших препятствий [2].



Ключевым элементом кризисного события является его нежелательность – такое явление воспринимается личностью как угрожающее ее жизнедеятельности. Угроза может проявляться по различным направлениям: угроза здоровью, материальному положению, социальному статусу или внутреннему психологическому равновесию человека.

Таким образом, кризисное событие представляет собой систему признаков, в которых сочетается:

- Неблагоприятность условий для жизнедеятельности.
- Присутствие рисков и угроз.
- Быстрое нарастание внутреннего опасения и напряжения.
- Снижение адаптационных ресурсов и нарушение прежних моделей поведения.
- Пробой психологической личности.

Личностное восприятие здесь играет решающую роль: насколько человек оценивает событие как кризисное зависит от субъективной оценки его нежелательности и опасности.

Кризисный опыт часто приводит к значительному пересмотру привычных представлений о себе и окружающем мире. Что сопровождается эмоциональным и умственным стрессом. Это состояние вынуждает человека искать новые способы адаптации и пересматривать свои жизненные смыслы. В результате, возможно как позитивное изменение и личностный рост, так и развитие деструктивных состояний [7].

В зависимости от характера и причин их возникновения, такие состояния можно классифицировать по нескольким основаниям:

- По происхождению: внутренние, внешние
- По длительности: острые, хронические
- По характеру перехода: транзиторные, устойчивые



Внутренние кризисы — вызваны внутренними конфликтами, личностными противоречиями, утратой смысла жизни, экзистенциальными переживаниями (кризис идентичности, возрастной кризис, профессиональное выгорание).

Внешние кризисы — обусловлены воздействием внешних факторов: насилие, катастрофа, потеря близкого, увольнение (смерть родственника, развод, стихийное бедствие).

Острые кризисы — развиваются стремительно, сопровождаются выраженными эмоциональными реакциями и требуют немедленного вмешательства (реакция на внезапную потерю, нападение, аварию).

Хронические кризисы — формируются постепенно, могут длиться месяцы или годы, сопровождаются истощением ресурсов и устойчивой дезадаптацией (длительная болезнь, затяжной конфликт, социальная изоляция).

Транзиторные кризисы — временные, переходные состояния, связанные с изменением жизненного этапа или социальной роли (подростковый возраст, выход на пенсию, переезд).

Устойчивые кризисы — это затяжные состояния внутренней дезорганизации, сопровождающиеся снижением адаптации и эмоциональным истощением (утрата смысла жизни, профессиональное выгорание).

Для эффективного анализа и управления кризисными ситуациями важно понимать их динамику. В научной литературе выделяются несколько этапов развития кризиса, каждый из которых характеризуется специфическими признаками, механизмами и последствиями. Основные стадии кризиса по Дж. Каплану:

1. Воздействие стрессора. Происходит столкновение с сильным стрессовым событием, с которым привычные способы реагирования не справляются, из-за чего возникает напряжение.



2. Рост напряжения. На этом этапе человек пытается справиться с ситуацией, используя доступные ему механизмы адаптации. Однако, если они не дают результата, напряжение усиливается. Возникают тревога, растерянность, ощущение потери контроля.

3. Дезорганизация. Когда напряжение достигает критической точки, происходит дезорганизация поведения. Человек может испытывать чувство беспомощности, паники, депрессии. Возникает необходимость в новых способах адаптации.

Восстановление или разрушение. На этом этапе человек либо находит новые способы адаптации и восстанавливает психологическое равновесие, либо кризис затягивается, приводя к дезорганизации, психическим расстройствам и необходимости профессиональной помощи [1].

Экстремальная ситуация способна перерасти в кризисную, если становится слишком очевидным, что сохранить прежний образ жизни является нереализуемой задачей. Это происходит тогда, когда внешние и внутренние изменения настолько значительны, что прежние ценности, убеждения и взгляды оказываются несостоятельными и требуют обязательной корректировки. В таких условиях индивид ставит перед собой необходимость пересмотра мира и своих целей, что делает кризисную ситуацию критически важным этапом перестройки личности и ее адаптации к новым реалиям [2].

Экстремальная ситуация (от латинского *extremus*) – значит «крайний» или «критический». Это внезапно возникающее обстоятельство, которое угрожает или воспринимается человеком как угроза для жизни, здоровья, целостности личности и общего благополучия. Такие ситуации характеризуются высокой степенью опасности и требуют немедленного вмешательства для сохранения физического и психического здоровья.



Экстремальные условия могут формироваться как под воздействием природных факторов, так и в результате деятельности человека. В этих обстоятельствах психофизиологические показатели организма могут выйти за пределы возможностей его компенсации и адаптации, что приводит к ухудшению безопасности жизнедеятельности (БЖД). Примерами таких факторов служат экстремальная температура (низкая или высокая), сильные физические нагрузки, воздействие токсичных или радиоактивных веществ, сильные взрывы, аварии, стихийные бедствия и другие опасные воздействия окружающей среды.

Воздействие экстремальных факторов вызывает различные психологические реакции – от острого страха и тревоги до паралича действий, или, наоборот, мобилизации защитных сил личности. В таких условиях человек может испытывать сильный дискомфорт, дезориентацию, потерю уверенности в себя и собственные силы. Это может привести к нарушениям как когнитивной, так и эмоциональной сферы, а также ухудшению физических показателей здоровья [4, 5].

Экстремальная психология (ЭП) представляет собой специализированную отрасль психологической науки, изучающую закономерности психической деятельности и поведения человека в условиях, которые существенно отличаются от привычного, нормального состояния существования. Она относится к прикладным направлениям, ориентированным на анализ, прогнозирование и оптимизацию психических состояний и моделей поведения в условиях экстремального воздействия. Эти условия часто связаны с сильным стрессом, угрозой жизни и здоровью, а также необходимостью быстрой адаптации к резким изменениям внешней и внутренней среды. В рамках этого направления проводится теоретическое и эмпирическое изучение механизмов психических реакций, сохранения психического здоровья и адаптация лиц, оказавшихся в кризисных или экстремальных обстоятельствах [2, 4].



Объектом изучения выступают индивиды и группы, подвергшиеся воздействию экстремальных факторов (как например военнослужащие, спасатели, пострадавшие, их семьи и свидетели происшествия). В качестве предмета выделяются особенности психических проявлений и изменений, возникающих как в процессе пребывания в экстремальных условиях, так и после их завершения.

Основные задачи психологии кризисных и экстремальных ситуаций включают:

- Исследование влияния экстремальных факторов на психике состояние личности.
- Разработка и апробация методов прогнозирования психических реакций с учетом индивидуальных особенностей.
- Создание и проверка стратегий психологической коррекции функционального состояния в процессе и после экстремального происшествия.
- Формирование и внедрение программ реабилитации для минимизации острых, хронических и посттравматических нарушений, а также для реадaptации к текущим условиям жизни и восстановления трудоспособности.
- Выявление и совершенствование методов саморегуляции психики для повышения эмоционально-волевой устойчивости и стрессоустойчивости [2].

Чрезвычайная ситуация – представляет собой особый и острый режим обстановки, который возникает на определенной территории вследствие аварий, техногенных катастроф, стихийных бедствий или опасных природных явлений. Чрезвычайная ситуация характеризуется внезапным появлением угрозы, которая может привести к серьезным человеческим жертвам, травмам, значительным материальным потерям и разрушению инфраструктуры, а также к нарушению нормальных условий жизнедеятельности населения. В таких ситуациях происходит критическое ухудшение безопасности и жизнедеятельности, что требует



немедленного реагирования и мобилизации ресурсов для ликвидации тех или иных последствий.

Отличие чрезвычайной ситуации от экстремальной заключается в ее масштабах, природе и последствиях. Экстремальная ситуация – это более широкое понятие, обозначающее состояние, угрожающее жизни, здоровью или благополучию человека, которое может иметь личностный или локальный характер и восприниматься субъективно. Она может затрагивать отдельного индивида или небольшую группу и обусловлена измененными или критическими условиями существования.

В отличие от этого, чрезвычайная ситуация – это объективно зафиксированное событие или обстановка, имеющая более масштабный характер, затрагивающая большие группы людей, населенные пункты или территории. Чрезвычайная ситуация всегда связана с наличием конкретных происшествий – аварий, катастроф, природных бедствий – и сопровождается значительными разрушениями и потерями, что требует организованного и экстренного вмешательства со стороны служб и власти.

Чрезвычайные ситуации делятся по четырем основным критериям, и далее так же подразделяются на подкритерии:

1.) По степени конфликтности.

- Конфликтные: включают военные столкновения, экономические кризисы, социальные конфликты, национальные и религиозные противостояния, взрывы, разгул преступности, террористические акты и прочее. Эти ситуации связаны с насилием, противостоянием и внутренней социальной напряженностью.

- Бесконфликтные: связаны с техногенными, экологическими и природными явлениями, которые вызывают чрезвычайные ситуации, но не предполагают прямого столкновения между группами.

2.) По скорости распространения.



- Внезапно возникшие: к ним относятся техногенные аварии, террористические акты, природные бедствия, такие как землетрясения и извержения вулканом или торнадо. События данной классификации появляются внезапно, требуя незамедлительных решений.

- Быстро распространяющиеся: включают военные, религиозные и национальные конфликты, а также природные стихийные бедствия, например, торнадо, цунами, пожары и лавины, которые стремительно захватывают значительные территории.

- Умеренно распространяющиеся: сюда относятся эпидемии инфекционных заболеваний, массовое поражение сельскохозяйственных культур болезнями или вредителями, паводки, засухи и другие природные бедствия с более постепенным развитием.

- Медленно распространяющиеся: охватывают длительные процессы, такие как изменение состояния водных ресурсов, деградация почв, разрушение озонового слоя, исчезновение видов животных, обусловленные деятельностью человека. Данные чрезвычайные ситуации развиваются постепенно или почти незаметно.

3.) По масштабам поражения

- Локальные: затрагивают небольшие территории и ограниченное число пострадавших (несколько человек или семей), с незначительными материальными потерями и ограниченным нарушением жизнедеятельности.

- Местные: охватывают населенные пункты или районы с умеренным числом пострадавших и более серьезными экономическими и социальными последствиями.

- Региональные: охватывают крупные географические области, с множеством пострадавших, масштабными разрушениями и длительным восстановлением.



- Национальные: затрагивают значительные территории страны, вызывают массовые потери и требуют мобилизации национальных ресурсов для ликвидации последствий.

- Трансграничные: распространяются на территории нескольких стран, требуют совместных усилий государств для управления последствиями.

4.) По источнику происхождения:

- Техногенные: аварии катастрофы, связанные с деятельностью человека - транспортные происшествия, пожары, взрывы, выбросы химических веществ, обрушение сооружений.

- Природные: природно-климатические и геологические явления - землетрясения, ураганы, наводнения, извержения вулканов, снежные лавины, засухи, лесные пожары и другие бедствия.

- Экологические и биологические: эпидемии, массовые поражения сельскохозяйственных культур и животных, деградация природных ресурсов, загрязнение окружающей среды на фоне антропогенных факторов.

- Социальные: массовые беспорядки, террористические акты, военные действия, захваты заложником и тому подобное [4].

Обобщение различных ситуаций, приводящих к кризисным состояниям личности, позволяет выделить три основные категории таких событий:

1. Переход на новую ступень развития – включающий возрастные и профессиональные кризисы, связанные с естественным этапом развития личности и сменой социально значимой деятельности.

2. Перед на новый уровень индивидуализации – возникает в ходе экзистенциальных кризисов, когда человек сталкивается с вопросами смысла жизни и жизненных ориентиров.



3. Стрессовые события – внешние травматические ситуации, такие как травмы, катастрофы, войны, потеря близких, которые вызывают сильнейшее психологическое напряжение и требуют адаптации.

Исходя из характера этих кризисов, условно можно разделить их на две категории:

- Внутренние (нормативные) кризисы – имеют хронологическую и возрастную закономерность и связаны с естественным развитием личности. Они встречаются у всех людей, но степень их выраженности может варьироваться и не всегда приводит к конфликтам. Основной механизм этих кризисов – смена ведущей деятельности и возникновение новых внутренних ресурсов, необходимых для перехода на следующий этап развития. Нормативные кризисы являются обязательными и необходимыми этапами нормального психологического роста личности. К примерам таких кризисов относятся возрастные кризисы, связанные с переходом через этапы психического развития, а также кризисы профессионального самоопределения.

- Внешние (ненормативные) кризисы – они обусловлены воздействием внешних стрессов, что отличаются резкостью и часто непредсказуемостью травматических событий, которые обладают сильным негативным влиянием и ставят под угрозу жизнь самого человека или значимых для него близких. Эти кризисы имеют вероятностный характер, не зависящий от биологических или социальных циклов и связаны с индивидуальными жизненными обстоятельствами и случайным стечением событий. Примерами таких кризисов являются последствия катастроф, войн, тяжелых утрат, серьезных изменений в социальной жизни.

Особое значение в происхождении нормативных кризисов играет смена ведущей социальной или профессиональной деятельности, с которыми связаны перестройки внутреннего мира человека и формирование новых личностных



новообразований – ресурсов, помогающих успешно перейти к следующему этапу развития.

В отличие от нормативных, ненормативные кризисы не являются обязательными этапами психологического развития. Они связаны с резкими изменениями жизненных условий: травма в следствие потери близкого человека, начало серьезной болезни, развод, вынужденная миграция, начало инвалидности, и другое с необходимостью перестройки сознания и поведения. Такие кризисы становятся тяжелым испытанием, приводящим к запредельным эмоциональным переживаниям, и требуют глубокой переоценки жизненных ценностей и смыслов [3].

Эмоциональное напряжение – это состояние, в котором происходит активация различных функций организма, связанная с выполнением конкретных волевых действий, активной целенаправленной деятельностью или подготовкой к ней, а также с ожиданием потенциальной опасности. Это состояние сопровождается частыми и длительными отрицательными эмоциями, которые негативно влияют на общее функциональное состояние и здоровье человека, при этом в организме может закрепляться так называемое «застойное» состояние, усугубляющее последствия.

Эмоциональное напряжение бывает двух типов, различающихся по преобладанию процессов возбуждения или торможения:

1. Тормозной тип эмоционального напряжения – это тип, что характеризуется скованностью, однообразием позы, угловатостью и замедленностью движений. При этом наблюдается резкое напряжение мимической мускулатуры и повышенное внимание к одному доминирующему объекту, а порог восприятия других раздражителей становится ниже. Человек с таким типом напряжения не реагирует на слабые раздражители и не замечает происходящего вокруг, что создает впечатление отсутствия реакции на внешние события.



2. Возбудимый тип эмоционального напряжения – его проявление в гиперактивности: человек становится суетливым, многословным, легко отвлекающимся, мышление ускоряется, решения принимаются быстро и сменяются очень часто, но при этом оценка ситуации оказывается поверхностной. В общении с окружающими возможно проявление раздражительности, резкости, обидчивости и настороженности. Иногда это тип сопровождается неестественной веселостью при отсутствии нормального социального контакта.

Длительное содействие эмоциональному напряжению способно вызывать ухудшение общего состояния здоровья, приводить к накоплению внутреннего стресса и физиологическим нарушениям. Оно влияет не только на психику, но и на работу всех систем организма, что может проявиться головными болями, нарушениями сна, снижением иммунитета и другими симптомами [5].

По классификации психических травм Г. К. Ушакова (1978) выделяется несколько категорий травм, различающихся по интенсивности, длительности и влияют на личность.

1. Массивные(катастрофические) травмы – представляют собой внезапные и сильные потрясения. Они бывают двух типов:

- Те, что существенно затрагивают жизненные устои личности и вызывают острый кризис (сверхактуальные).

- Те события, которые, несмотря на свою масштабность (например, природные катастрофы), не влияют непосредственно на внутренний мир данного человека (неактуальные).

2. Ситуационные острые травмы – это неожиданные события, влияющие на социальный статус человека, его самооценку и престиж. Они погружают личность в сложную многоплановую ситуацию, сопряженную со стрессом и психологическим напряжением.



3. Пролонгированные ситуационные травмы – длительные изменения, которые оказывают влияние на жизнь в течении многих лет. Эти травмы делятся на две подкатегории:

- Осознаваемые и преодолимые, когда человек признает проблему и способен с ней справиться.

- Неосознаваемые и непреодолимые, которые остаются скрытыми или человек не в состоянии преодолеть их самостоятельно.

4. Пролонгированные травмы, вызывающие стойкое психическое перенапряжение – истощающие личности, и делятся они на:

- Вызванные содержанием самой травмирующей ситуации.

- Вызванные несоответствием между высокими притязаниями личности и отсутствием объективных возможностей для их реализации в обычном жизненном ритме [6].

Психологическая жизнестойкость – это способность человека активно справляться с психологическими трудностями, переносить жизненные ограничения и сохранять волю к жизни даже в условиях серьезных негативных событий, таких как травмы, утраты и большие жизненные потрясения. Она подразумевает не терять внутреннее равновесие и способность адаптироваться вне зависимости условий. Это сложный многогранный ресурс личности, который включает как внутренние качества и убеждения, так и внешние обстоятельства и социальную поддержку.

Основные аспекты жизнестойкости определяются следующими параметрами:

1. Позитивная адаптация – человек эффективно перестраивается в ответ на серьезные вызовы, сохраняя психологическую целостность.

2. Адаптация к стрессу и угрозам – это способность уметь справляться с стрессовыми факторами, тяжелыми переживаниями и угрозами.



3. Важность осознания и готовность – умение человека быть готовым к решению, умение осознать собственные возможности и понимание сострадания, выгорания, усталости

Пассивное переживание последствий бедствий разрушает как отдельные личности, так и общества. Однако, активное вовлечение в эмоциональную и социальную деятельность позволяет индивиду восстанавливаться и преодолевать травмы различной степени тяжести.

Индивиду важно уметь осознавать необходимость и нормальность процесса горевания после утраты. С каждой новой потерей или потрясением приходится начинать процесс восстановления и адаптации в новосозданном условиях заново, основываясь на опыте первого духовного травмирования [4].

Психология экстремальных и кризисных ситуаций.

Кризисы в научной литературе делятся на несколько основных видов ситуации:

1. Личностные кризисы, связанные с внутренними изменениями в следствие которых происходит рост или упадок.
2. Семейные кризисы, вызванные конфликтами, разводом, возможными болезнями или потерями.
3. Социальные кризисы, охватывающие конфликты в обществе, дезадаптацию среди людей.
4. Профессиональные кризисы. Они сопровождаются внутренней неуверенностью человека в своих способностях. Возможно профессиональное выгорание или потеря работы.
5. Кризис в следствие экстренной ситуации - после аварийного бедствия как авария, природные или военные катастрофы. Требуют немедленно реагировать.

Психология человека многогранна, и отличается высокой степенью индивидуальности, но стоит отметить, что каждый кризис имеет свое течение,



начало и основные фазы. Дж. Каплан описал четыре последовательные стадии кризиса.

1-я стадия. Первичный рост напряжения, при котором стимулируются обычные, привычные способы решения проблемы.

2-я стадия. Дальнейший рост напряжения в условиях, когда эти способы оказываются безрезультатными.

3-я стадия. Еще большее увеличение напряжения, требующее мобилизации внешних и внутренних источников сил.

4-я стадия. Если все оказывается тщетно, наступает стадия, характеризующаяся повышением тревоги и депрессии, чувством беспомощности [5].

Определить приближение кризиса можно по следующим признакам:

1. Дискомфорт от имеющейся проблемы распространяется на многие сферы жизни. Например, напряженные отношения на работе продолжают крутиться в голове и дома, на отдыхе, при встрече с друзьями.

2. Психическое состояние начинает влиять на физиологию. Например, теряется аппетит, сон, и то, что раньше доставляло радость, совершенно перестает приносить удовольствие.

3. Изменяются в худшую сторону отношения с окружающими и близкими людьми. Начинает раздражать то, на что раньше совершенно не обращали внимание. Возникает ощущение, что человека не понимают или ему что-то делают назло. Возникает стойкое ощущение помех извне. Такие проявления наблюдаются у людей практически здоровых психически и физически [6].

В научной литературе выделяются две основные модели выхода личности из кризисных ситуаций, которые получили широкое признание среди исследователей. Первый, так называемый конструктивный вариант, характеризуется ростом адаптационных возможностей индивида, который в процессе активного



взаимодействия с кризисной ситуацией приобретает новый жизненный опыт, способствующий его психологическому взрослению и развитию. Несмотря на важность данного направления, современный научный анализ субъектов, выбирающих именно этот путь, остается ограниченным. В большинстве исследований внимание сосредоточено на характеристиках, препятствующих выбору конструктивного варианта, что свидетельствует о дефиците эмпирических данных, направленных на выявление и систематизацию факторов, способствующих успешному преодолению кризиса.

Второй, деструктивный вариант поведения личности проявляется при отсутствии эффективного выхода из кризисной ситуации, что ведет к затяжному депрессивному состоянию и стремлению избежать переживаемых проблем. Современные исследования констатируют существование данной стратегии, однако систематическая классификация форм её проявления представлена весьма фрагментарно. Так, А. А. Осипова выделяет «деструктивные стратегии преодоления кризисов», общим признаком которых является фактическое нежелание и неспособность индивида конструктивно взаимодействовать с проблемной ситуацией. Вместе с тем, систематизация автором ограничивается крайними проявлениями, такими как суицидальное поведение и алкоголизм, что указывает на необходимость расширения рамок исследования для более всестороннего понимания деструктивных механизмов [7].

В поведении человека в критических и экстремальных условиях ключевую роль играют несколько факторов, которые существенно влияют на эффективность его реакции на стрессовые ситуации:

Во-первых, индивидуальные психологические характеристики личности оказывают непосредственное воздействие на поведенческие реакции. Такие черты, как уровень тревожности, эмоциональная стабильность, самооценка и мотивация, являются определяющими при адаптации к стрессу. Высокий уровень тревожности



и заниженная самооценка зачастую приводят к паническим реакциям и дезорганизации поведения, тогда как уверенные в себе и эмоционально стабилизированные индивиды проявляют более рациональные и целенаправленные действия в условиях стресса.

Во-вторых, значительное влияние оказывает социальный контекст. Поддержка со стороны близких, коллег и общественных групп способствует снижению уровня стресса, увеличивая шансы на успешное преодоление кризисных обстоятельств. Социальные связи выступают важным ресурсом личностной устойчивости, обеспечивая эмоциональную поддержку, информацию и конкретную помощь, что в совокупности повышает адаптационные возможности индивида.

Третьим фактором является опыт и подготовка. Наличие ранее пережитых аналогичных ситуаций или специальная подготовка, включающая тренинги по выживанию, оказание первой помощи и др., способствует более быстрому и адекватному распознаванию угроз, а также выработке эффективных стратегий поведения. Опытные индивиды лучше ориентируются в сложных условиях и способны своевременно предпринимать необходимые меры для минимизации рисков.

Наконец, физическое и психическое здоровье играет существенную роль в устойчивости к стрессу. Люди, поддерживающие хорошее состояние здоровья, включая регулярные физические нагрузки, сбалансированное питание и поддержание психоэмоционального равновесия, демонстрируют повышенную стрессоустойчивость и способность к быстрой регенерации после стрессовых воздействий.

В условиях неопределенности ключевыми стратегиями поведения выступают следующие подходы:



1. **Активное исследование.** Эта стратегия предполагает стремление индивида получить максимально полную и достоверную информацию о текущей ситуации, обращаясь к разнообразным источникам знаний и опыту. Такой подход способствует снижению неопределенности и обеспечивает более обоснованное принятие решений.

2. **Планирование и прогнозирование.** Создание альтернативных сценариев развития событий и разработка соответствующих планов действий для каждого из них позволяет минимизировать потенциальные риски и повысить готовность к возможным неблагоприятным исходам. Такая стратегия способствует системному и проактивному подходу к управлению неопределенностью.

3. **Гибкость и адаптивность.** Способность быстро изменять планы и корректировать поведение в ответ на появление новой информации или изменение внешних условий свидетельствует о высоком уровне адаптации личности. Такая гибкость уменьшает вероятность провала и повышает эффективность реагирования на динамические ситуации.

Коллективное принятие решений. Вовлечение других участников в процесс обсуждения выбора вариантов действий обеспечивает интеграцию разных точек зрения, ресурсов и опыта, что способствует выработке более возвышенных и оптимальных решений [8].

Однако, стоит отметить, что кризис — это не только негативное состояние, но и возможность глубинного переосмысления жизни человека, как считал Карл Густав Юнг. Кризис заставляет человека бросить прежние внешние ориентиры и перейти к поиску внутреннего смысла и аутентичного «Я».

Юнг подчеркивал важность понятия индивидуализации — процесса интеграции сознательного и бессознательного, который помогает личности достичь целостности и самореализации. Кризис может служить стартом



индивидуализации, когда человек начинает осознавать свои глубинные внутренние аспекты и освобождаться от прежних ограничений.

Юнг говорил, что любое обвинение другого человека всегда содержит автобиографический элемент – отражение наших внутренних конфликтов и проблем. Это означает, что внутренние психологические кризисы проявляются и в межличностных отношениях, где отражаются наши собственные неосознанные состояния и вызовы. Кризис по Юнгу сопровождается вопросами: ”А это ли моя жизнь? Кто я на самом деле?”, вызовами перехода от внешнего успеха к внутренней зрелости, и именно в этом переосмыслении заключена возможность роста и развития личности. Таким образом, для психологии очень важен Юнгианский акцент на кризис как шанс для внутреннего роста, а не только как угрозу или потерю. Внутренние конфликты, отражающиеся во внешних обстоятельствах и отношениях, приводят к развитию самосознания и более зрелой личности.

Вместе с проблемой идентичности идет проблема индивидуализации человека. Зигмунд Фрейд впервые выделил идентификацию как фундаментальный механизм развития личности, и рассматривал идентичность как внутренний мир личности, находящийся под влиянием биологических и социальных факторов. Для Фрейда идентификация – это ключевой механизм формирования самости, позволяющий индивиду воспринимать и интегрировать в себя поведенческие стили и ценности окружающих. Этот процесс служит основой для ощущения непрерывной тождественности личности, которая основана на признании и принятии своего образа в контексте социальной реальности. Потому идентичность стала пониматься, как состояние непрерывной тождественности, основанной на принятии своего образа в объединении с аспектами социальной реальности [9].

Можно рассмотреть в качестве кризиса беременность женщины, которая характеризуется не только физиологическими изменениями, но и глубокими трансформациями в психоэмоциональной сфере женщины. В этот период будущие



родители сталкиваются с неопределенностью и изменением социального статуса, а также с необходимостью принятия ответственности за жизнь и развитие ребенка.

Эмоциональное состояние женщины в период ожидания ребенка тесно связано с осмысленностью жизни, формирование временной перспективы, ощущением насыщенности жизни и уровнем уверенности в способности контролировать свою жизнь, и жизнь будущего ребенка. Во время беременности происходит активный пересмотр жизненных целей и приоритетов, что требует адаптации к новым ролям в семейной системе, что ведет к личностному кризису.

Психологические особенности беременности включают усиление внимания к внутренним переживаниям, возможную регрессию и эмоциональную уязвимость, изменения в отношениях с партнером, семьей и окружающими. Снижение поддержки и наличие стрессовых факторов могут привести к развитию дезадаптивных состояний, таких как тревожность или многим известная послеродовая депрессия.

Эмоциональное состояние женщины после рождения ребенка тесно связано с изменением осмысленности и жизнестойкости. Некоторые аспекты осмысленности жизни, такие как ощущение насыщенности жизни и настоящего момента, часто снижаются из-за новых обязательств и напряженного ритма жизни, связанного с уходом за ребенком. В то же время возрастает стремление к постановке долгосрочных целей и переоценке уже пройденных этапов жизни как продуктивных и значимых.

Была выделена важная проблема от Зигмунда Фрейда: «Большинство людей в действительности не хотят свободы, потому что она предполагает ответственность, а ответственность большинство людей страшит» [8]. Эта мысль Фрейда подчеркивает связь свободы и страха перед ответственностью, что является важной причиной возникновения кризисов у личности, когда человек сталкивается с необходимостью выбора и принятия последствий своих действий.



Фрейд считал, что для преодоления кризиса необходимо «прожить горе» или проделать «работу горя», что возможно только через личные усилия самого человека. Психолог может помочь сопровождать в этом процессе, но сама работа проживания кризиса человеком выполняется самостоятельно. Этот процесс позволяет осознать свои внутренние конфликты и начать их разрешение, что является ключевым этапом выхода из кризиса.

Истинная свобода по Фрейду — это способность хотеть именно то, чего хочешь на самом деле, а не то, что навязано извне. Кризис возникает, когда человек не осознает своих истинных желаний и целей, что ведет к внутреннему конфликту и психологическому напряжению. Внутренние психологические конфликты, корни которых уходят в детство, по Фрейду влияют на поведение и реакцию личности в кризисных ситуациях. Осознание и переработка этих конфликтов через психоанализ помогают принять более зрелые решения и адаптироваться к внешним трудностям.

Фрейд так же указывал на то, что неосознанные эмоции не исчезают, а проявляются через сны, символы и внешние события, часто воспринимаемые как судьба или внешние кризисы, которые на самом деле отражают внутренние проблемы личности. Страх сделать ошибку и неправильное решение, по мнению Фрейда, может парализовать человека, не давая ему двигаться вперед. Этот страх часто усиливается в кризисных условиях, препятствуя адаптации и выходу из сложной ситуации.

Чудновский В. Э. пишет о том, что смысложизненные ориентации человека в целом являются постоянными структурами личности. Но в некоторых ситуациях, например, в момент кризиса личности, в моменты разрыва связи с прежним окружением (в стрессовых ситуациях), смысложизненные ориентации могут изменяться. Человек «адаптирует» свои внутренние принципы, ценности, установки и мотивы под новые условия [6].



Собственное исследование:

В ходе изучения кризисных ситуаций нами было проведено исследование, целью которого было выявление потенциальных психологических реакций студентов на экстремальные ситуации, а также выявление и анализ факторов, которые могли как-либо препятствовать преодолению кризисных ситуаций при их возникновении.

Для реализации поставленной цели мы разработали анкету, которая включает вопросы и утверждения, отражающие различные аспекты психологического состояния личности: когнитивная ясность, уровень тревожности, ментальная устойчивость, эмоциональная вовлеченность. Участникам предлагалось указать степень согласия с каждым утверждением по шкале от полного согласия до полного несогласия (да/больше да/не уверен/больше нет/нет), что позволило провести количественный анализ и выявить общие тенденции. Участники исследования не имели реального опыта столкновения с экстремальными ситуациями. Это позволило сосредоточиться на их внутренней готовности, устойчивости и возможных уязвимостях, которые могли бы проявиться при столкновении с кризисом.

В исследовании приняли участие 70 студентов, обучающихся на 1-3 курсах. Возраст участников составляет от 16 до 25 лет, что соответствует периоду активного личностного и профессионального становления. Гендерное распределение было таким: мужского пола - 40%, женского пола - 60%.

Исследование проводилось в несколько последовательных этапов:

1. На первом этапе была сформулирована цель и задачи исследования, а также отобраны вопросы и утверждения для анкеты, отражающие ключевые аспекты психологического состояния личности. Был определен состав выборки респондентов.



2. Анкетирование проводилось в онлайн формате с использованием цифровой формы.

3. Полученные ответы были систематизированы, также был проведен количественный анализ. По каждой категории были рассчитаны процентные соотношения по типам ответов, благодаря чему были выявлены общие психологические тенденции.

4. На заключительном этапе были интерпретированы полученные результаты, выявлены закономерности и сформулированы выводы о потенциальной психологической готовности студентов к преодолению кризисных ситуаций.

Тест

«Я ощущаю, что жизнь щедро вознаграждает меня»

Этот вопрос помогает оценить, насколько человек воспринимает свою жизнь наполненной смыслом и позитивом. Чувствует ли он, что получает “награды” от жизни (в виде успехов, любви, поддержки, возможностей). Ответ показывает уровень оптимизма и жизненной удовлетворенности, отражает способность видеть хорошее в происходящем, признание того, что уж есть. Респонденты, которые отвечают «да» / «больше да», скорее всего обладают более высоким уровнем психологической устойчивости и позитивным мышлением. Выбравшие «да» / «больше нет», могут испытывать разочарование или ощущение несправедливости.

Большая часть участников (84,3%) ответили положительно, что является хорошим показателем общего жизненного оптимизма, 11,4% затруднились с ответом и 4,3% ответили отрицательно, что может быть индикатором неудовлетворенности, стресса или кризиса.

«Я заинтересован в этом мире»

Вопрос помогает понять, насколько человек ощущает интерес к окружающему миру, имеются ли стремления к познанию, исследованию, участия в



жизни общества, определяет уровень мотивации и открытости к опыту. Люди, которые отвечают положительно, скорее всего обладают активной жизненной позицией, а те, кто отрицательно могут испытывать апатию, эмоциональное выгорание или потерю интереса.

Большинство (95,7%) ответили положительно, что говорит о высоком уровне внутренней мотивации и любознательности. Ответившие отрицательно скорее всего связаны с временными трудностями или эмоциональным истощением.

«Я чувствую себя ментально стойким»

Этот вопрос направлен на оценку психической устойчивости, справляться со стрессом и адаптироваться к трудностям. Он помогает понять, насколько человек чувствует себя эмоционально стабильным, имеются ли у человека внутренние ресурсы для преодоления жизненных вызовов.

Не уверенно ответили 17,1% опрошиваемых, что может говорить о наличии скрытого стресса или неопределенности, также это указывает на необходимость профилактики эмоционального выгорания.

«Я чувствую себя профессионально развитым»

Этот вопрос направлен на оценку профессионального самоощущения. Ответы могут показать, насколько человек считает себя компетентным, развивающимся и успешным в своей профессиональной сфере. Люди, которые отвечают положительно, вероятно ощущают прогресс и уверенность в своей профессиональной траектории.

Значительная часть респондентов (27,1%) ответили не уверенно - возможно они находятся на этапе поиска, смены направления или испытывают давление. Малая часть ощущает недостаток развития, что может говорить об отсутствии возможностей, поддержки, ясных идей.



«Я чувствую, что не особенно контролирую свою жизнь»

Вопрос дает оценку, насколько человек чувствует себя хозяином своей судьбы. Он помогает понять чувствует ли человек, что он принимает решения и сам влияет на результат или наоборот ощущает себя зависимым от обстоятельств и других людей.

35,7% опрошенных ответили отрицательно, что говорит об ощущении потери контроля. Это может быть связано с тревожностью, стрессом или внешними ограничениями.

«Я ощущаю себя способным взяться за любое дело»

Вопрос оценивает уверенность в собственных силах, восприятии личной компетентности. Он показывает, насколько человек чувствует, что может брать на себя ответственность и действовать эффективно.

42,9% ответившие на вопрос положительно «да» и 38,6% «больше да», скорее всего обладают высокой мотивацией и уверенностью, оставшиеся, ответившие отрицательно могут испытывать сомнения и страх перед ошибками. Участники демонстрируют высокий уровень самоэффективности. Однако неуверенность у части респондентов может означать необходимость развития навыков и поддержки.

«Я ощущаю полную ясность ума»

Вопрос направлен на оценку когнитивной ясности. Определяет, насколько человек чувствует четкость и логичность своего мышления. Помогает понять имеются ли у человека ощущения ментальной собранности, концентрации и ясности. Ответившие положительно, вероятнее всего ощущают ментальную легкость и продуктивность, когда те, кто, отвечают отрицательно могут испытывать перегрузку тревожностью и усталостью.



Около 3% опрошенных ответили отрицательно - это может быть сигналом к необходимости в отдыхе и восстановлении. Однако большая часть опрошенных (78,8%) остаются в положительном состоянии.

«Вы стали более нервным?»

Вопрос оценивает уровень нервозности и эмоционального напряжения, он помогает понять испытывает ли человек раздражительность, внутреннее напряжение и повышенную тревожность. Также вопрос помогает понять, насколько он чувствует себя уязвимым перед стрессом, имеются ли признаки эмоционального истощения или психологического дискомфорта. Ответившие положительно, возможно, испытывают стресс или напряжение, а те, кто отрицательно чувствуют себя спокойно и устойчиво.

40% респондентов ответили положительно. Рост нервозности может быть связан с внешними обстоятельствами (учеба, экзамены, неопределенность) и внутренними факторами (тревожность, усталость).

«Вы успешно справлялись с нервировавшими вас жизненными трудностями?»

Вопрос показывает способность справляться со стрессом и другими жизненными вызовами. Он показывает есть ли у человека навыки адаптации, устойчивости и решения возникших проблем. Люди, которые отвечают положительно, вероятно обладают хорошими навыками преодоления трудностей. Те, кто выбирают отрицательные варианты ответа могут испытывать трудности с адаптацией, чувствовать себя перегруженными или беспомощными.

75,7% студентов ответили положительно, однако оставшая часть (7,2%) ответили отрицательно, что говорит о возможной необходимости поддержки, обучения навыкам адаптации или психологической помощи.



«Чувствую, что хуже уже некуда»

Этот вопрос направлен на выявление глубокого эмоционального дискомфорта и пессимистического восприятия жизни. Он показывает испытывает ли человек чувство безысходности или отчаяния. Насколько он воспринимает свою ситуацию как критическую или невыносимую. Также определяет уровень эмоционального истощения и депрессивных тенденций. Отвечающие положительно могут испытывать сильное эмоциональное напряжение и нуждаться в поддержке, выбравшие отрицательный ответ, скорее всего, сохраняют устойчивость.

Большая часть респондентов (72,9%) ответили отрицательно, 20% испытывают неуверенность, а остальные ответили отрицательно. Это говорит об ощущении нахождения в тяжелом эмоциональном состоянии, что является важным сигналом.

«Я испытываю чувство тревоги»

Вопрос выявляет и определяет уровень тревожности, т.е. уровень внутреннего беспокойства, напряжения и ожидания угрозы. Он показывает испытывает ли человек постоянное или периодическое беспокойство. Оценивает, насколько он эмоционально напряжен. Также определяет уровень эмоциональной уязвимости и стрессовой перегрузки. Ответившие положительно испытывают тревожность, которая может быть как временной, так и хронической. Ответившие отрицательно чувствуют себя спокойно.

21,5% респондентов ответили положительно, что является важным индикатором эмоционального состояния.

«Начал считать, что в моих бедах и неудачах виноваты другие люди»

Этот вопрос выявляет склонность перекладывать ответственность за свои трудности на других. Он показывает, насколько человек винит окружающих в своих проблемах, имеются ли у него тенденции к обвинению, обиде или ощущению



несправедливости. Также определяет уровень самосознания и ответственности за свою жизнь. Положительный ответ - возможное ощущение несправедливости, отрицательный - признак внутреннего контроля. 7.1% студентов отрицательно ответили, 10% - нейтрально.

«Чувствую равнодушие к происходящему»

Этот вопрос выявляет состояние, при котором человек теряет интерес, вовлеченность и эмоциональную реакцию на происходящее. Он показывает наличие признаков апатии, эмоционального выгорания или потери мотивации. Определяет уровень эмоционального участия и жизненной энергии. Ответившие положительно могут испытывать истощение или быть в состоянии психологической защиты, ответившие отрицательно сохраняют эмоциональную вовлеченность.

Около трети участников (31,4%) ответили не уверенно. Большая часть студентов не испытывает равнодушия, что является позитивным показателем жизненной энергии.

«Стремлюсь противостоять тому, что ограничивает мою свободу»

Этот вопрос направлен на оценку внутренней мотивации к свободе и автономии. Он говорит о наличии чувства потребности защищать свою свободу (физическую, эмоциональную, интеллектуальную), готов ли человек сопротивляться ограничениям. Определяет уровень самостоятельности и уверенности в себе. Положительные ответы говорят о сильном чувстве личной свободы и стремлением к самореализации, а отрицательные могут говорить о чувстве ограниченности, зависимости или неуверенности.

Большинство участников стремятся защищать свою свободу. Только 7,1% респондентов ответили отрицательно, что может быть связано с пассивностью, страхом или ощущением беспомощности.



В результате исследования мы зафиксировали признаки тревожности, снижения чувства контроля над жизнью и эмоционального отстранения, которые могут выступать в качестве факторов риска при столкновении с экстремальной ситуацией. Эти состояния подтверждают наличие внутреннего напряжения, которое в условиях кризиса может усилиться и препятствовать адаптации. Часть студентов демонстрирует неопределенность в самооценке, которая выражается затруднением при оценке собственных возможностей, устойчивости и способности справляться с трудностями. Это неопределенность может снижать уровень уверенности в себе и препятствовать мобилизации личностных ресурсов в тяжелых стрессовых условиях.

Полученные результаты подтверждают, что даже при обычных условиях у студентов могут проявляться элементы кризисного реагирования. Были отмечены индивидуальные различия в степени психологической готовности. Это доказывает необходимость разработки профилактических программ для формирования устойчивости, развития навыков саморегуляции и повышение осознанности касательно собственных эмоциональных состояний.

	Да	Больше да	Не уверен	Больше нет	Нет
Я ощущаю, что жизнь щедро вознаграждает меня	40	44,3	11,4	4,3	0
Я заинтересован в этом мире	70	25,7	2,9	1,4	0
Я чувствую себя ментально стойким	47,1	34,3	17,1	1,4	0
Я чувствую себя профессионально развитым	22,9	41,4	27,1	4,3	4,3
Я чувствую, что не особо контролирую свою жизнь	14,3	14,3	32,9	21,4	17,1
Я ощущаю себя способным взяться за любое дело	38,6	42,9	12,9	5,7	0
Я ощущаю полную ясность ума	51,4	27,1	18,6	2,9	0



Вы стали более нервным	15,7	24,3	25,7	21,4	12,9
Вы успешно справлялись с нервировавшими вас ситуациями	30	45,7	17,1	5,7	1,4
Чувствую, что хуже уже некуда	4,3	2,9	20	28,6	44,3
Я испытываю чувство тревоги	12,9	18,6	31,4	12,9	24,3
Начал считать, что в моих бедах и неудачах виноваты другие	5,7	1,4	10	18,6	64,3
Чувствую равнодушие к происходящему	10	12,9	31,4	15,7	30
Стремлюсь противостоять тому, что ограничивает мою свободу	48,6	31,4	12,9	1,4	5,7

Арт-терапия представляет собой междисциплинарный метод психокоррекции, который сочетает элементы психологии, психиатрии, педагогики и изобразительного искусства. В отличие от когнитивно-поведенческой терапии, которая основана на словесной работе с мыслями и убеждениями, арт-терапия акцентирует внимание на невербальном выражении внутренних состояний через творческую деятельность. В работе с клиентами, которые испытывают затруднения в вербализации эмоций, такие практики особо ценятся.

Современная арт-терапия включает широкий спектр художественных форм. Это может быть живопись, графика, скульптура, фотография, лепка, инсталляция, перформанс и компьютерное творчество. Такое разнообразие позволяет адаптировать метод под индивидуальные особенности клиента.

Существует несколько теоретических подходов к арт-терапии:

Психоаналитический подход. Акцент на интерпретации творческого продукта как выражения бессознательного. Так творчество рассматривается как способ осознания и преодоления внутренних конфликтов.



Экспрессивный подход. Здесь акцент именно на самом процессе творчества, который обладает целебным эффектом. Тут нет зависимости от последующей интерпретации.

Клинический и системный подход. Он включает биопсихосоциальную модель, которая учитывает взаимодействие клиента с терапевтом, группой и художественными материалами.

Арт-терапия не требует от клиента художественных навыков, ее ценность заключается в свободе самовыражения, эффективном снижении тревожности, восстановлении самооценки и формировании новых способов взаимодействия с окружающим миром [9].

В зависимости от используемого средства воздействия выделяют следующие виды арт-терапии:

- Изо-терапия - работа с изобразительным искусством.
- Музыкотерапия - использование музыкальных композиций и импровизации.
- Библиотерапия - терапия через чтение и литературное творчество
- Имаготерапия - работа с театральными образами и ролевыми играми.
- Кинезитерапия - терапия движением и танцем.

Эти методы позволяют обойти “цензуру сознания” и выразить глубинные переживания, способствуя интеграции психического и телесного опыта [10].

Творчество в арт-терапии рассматривается как духовная активность, в которой рождаются новые смыслы и происходит интеграция жизненного опыта. В творческом акте человек осознаёт свою уникальность, переживает целостность своего «Я», формирует конструктивное отношение к жизни. Это особенно важно в условиях смысловой утраты, когда традиционные ориентиры теряют актуальность, а личность нуждается в переосмыслении своего места в мире [6].



Когнитивно-поведенческая терапия:

Одной из наиболее широко применяемых методик при лечении кризисных состояний является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Кризисное состояние — это тяжелое психологическое переживание человека, возникающее в ответ на экстремальные или травматические события, которое сопровождается множеством процессов, таких как стресс, тревога, депрессия и нарушение адаптивных механизмов личности. Кризис тяжело переживается у всех, как у взрослых, так и у детей, его переживание во многом связано с индивидуальными особенностями. В большинстве это зависит от степени готовности, психологической устойчивости и способности адаптироваться, которые формируются в ходе всей жизни вследствие столкновения с трудными жизненными ситуациями. Экстремальная ситуация часто вызывает негативные ассоциации и искажает восприятие окружающей действительности, формирует устойчивые дисфункциональные убеждения. Эти убеждения могут усиливать эмоциональное напряжение и закреплять неэффективные модели поведения. Когнитивно-поведенческая терапия в таких случаях оказывается особо эффективной. КПТ- это научно обоснованный подход в психологической терапии, в основе которой лежит изменение дисфункциональных убеждений, которые формируют негативные эмоции и сопровождающее их поведение.

КПТ базируется на взаимосвязи мыслей, эмоций и поведения. Такая терапия предлагает систематический подход к выявлению, анализу и модификации негативных убеждений. С помощью техник КПТ клиент учится распознавать мысли, проверять их на достоверность и в случае, если те такими не являются, заменять их на более реалистичные. Такая практика способствует снижению уровня тревоги, восстановлению чувства контроля над происходящим в жизни и формированию новых поведенческих стратегий.



На сегодняшний день в когнитивно-поведенческой терапии выделяют около 20 направлений, каждое из которых имеет свои особенности и сферы применения. Однако все они группируются в три основные категории в зависимости от терапевтических целей и используемых методов:

Методы, направленные на когнитивную реструктуризацию. Эти подходы фокусируются на выявлении и изменении дисфункциональных убеждений и когнитивных искажений.

Методы, основанные на обучении навыкам. В эту группу входят техники, которые направлены на развитие конкретных поведенческих и эмоциональных навыков, необходимых для эффективного функционирования в повседневной жизни. Это может быть как тренинг социальных навыков, так и эмоциональная регуляция. Такие методы особенно полезны при работе с клиентами, которые испытывают трудности в межличностных отношениях или с теми, кто находится в социальной дезадаптации.

Методы, направленные на обучение самообучению. Эти подходы акцентируют внимание на формировании у клиента способности самостоятельно применять терапевтические стратегии вне рамок сессий. Это может быть ведение дневников, планирование действий и профилактика рецидивов.

КПТ позволяет осознать, как его мысли и убеждения влияют на эмоциональные реакции и поведение, и адаптируют под индивидуальные особенности каждого подростка. Эффективность терапии во многом зависит именно от уровня сотрудничества между специалистом, клиентом и его ближайшим окружением. Одним из ключевых принципов КПТ является концепция «совместного эмпиризма», согласно которой терапевт и клиент выступают как партнеры в выявлении негативных мыслей, анализе и изменении мышления. В таком случае терапевт не навязывает готовые решения, а помогает клиенту самостоятельно выявить и переосмыслить дисфункциональные убеждения,



выработать новые стратегии поведения научиться принимать самостоятельные обоснованные решения.

Среди техник, направленных на снижение тревоги и эмоционального возбуждения, особое место занимает глубокая мышечная релаксация, осознанное дыхание и другие методы, основанные на внимательности. Такие практики способствуют снижению физиологического напряжения, улучшению концентрации, развитию навыков самонаблюдения. При регулярном применении этих техник возможно предотвратить импульсивные реакции и справляться с негативными эмоциями.

Прикладная релаксация - это метод преодоления тревожных состояний, который включает в себя несколько этапов: распознавание ранних признаков тревоги, обучение расслаблению, использование сигналов для запуска реакции релаксации и постепенное сокращение времени, необходимого для достижения спокойствия. Этот метод особенно эффективен при панических атаках и социальной тревожности.

Метод предотвращения воздействия и реагирования. Применяется преимущественно при обсессивно-компульсивном расстройстве. Этот метод основан на принципе привыкания и предполагает систематическое воздействие на тревожные стимулы без выполнения привычных ритуалов. Постепенное снижение тревоги в ответ на экспозицию способствует угасанию симптомов.

Ступенчатое воздействие применяется при лечении специфических фобий и панических расстройств. Терапевт вместе с клиентом составляет иерархию тревожных стимулов, которые оцениваются по шкале субъективного дистресса. Воздействие обычно начинается с наименее тяжелых ситуаций и постепенно переходит к более тревожным, что позволяет достичь привыкания и снижения страха [8].



Заключение

В ходе научной работы были рассмотрены особенности психологического кризиса, что возникают под воздействием экстремальных и стрессовых жизненных ситуаций. Проведен анализ природы появления кризисных состояний, их причины возникновения, стадии развития и как оно проявляется. Изучены внутренние и внешние факторы, что способствуют появлению кризиса. Представлена классификация кризисов по источнику возникновения, продолжительности и характеру протекания. Психология рассмотрена как интегральный процесс, в котором присутствуют как внутренние ресурсы личности, так и внешние воздействия окружающей среды. Были рассмотрены методы, что способствуют восстановлению личности человека и его духовного состояния, как например арт-терапия или когнитивно-поведенческая терапия, способствующие снижению тревоги, и стабилизации внутреннего состояния, и развитию жизнестойкости индивида.

Исследование и обзор литературы выявил, что кризис не всегда несет негативный характер, а также позволяет личности развиваться и двигаться вперед, не смотря на свою деструктивность. Комплексное применение психокоррекционных методов позволяет восстановить психологический баланс и укрепляет эмоциональную устойчивость, что особенно важно в настоящем активно развивающемся мире, где повышенный рост стрессовых состояний. Психология кризиса - это не только про науку преодоления трудностей, но и про то, как сохранять свое состояние стабильным и поддерживать успешное развитие личности. Полученные результаты подчёркивают необходимость разработки профилактических программ для формирования устойчивости личности и навыков саморегуляции человека. Также для поддержки адаптации личности при экстремальных ситуациях.



Таким образом, работа подчеркивает важность тематики кризиса и экстренных ситуаций, представляет акцент на своевременной психологической помощи человеку, и раскрывает как эффективны арт-терапия и когнитивно-поведенческая терапия как средства для эффективного восстановления человека вследствие сложных жизненных обстоятельств.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Малегонова С.А., Ральникова И.А. Связь адаптационных возможностей личности с особенностями проживания кризисных ситуаций во взрослом возрасте//Вестник университета. 2025. № 2. С. 222–229.
2. Семакова А. И., Белов В. В., Дзьоник Д. В., Юренкова В. А. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: учебное пособие. — Санкт-Петербург: Изд-во СПб ун-та МВД России, 2022. — 116 с.
3. Пантелеева, В.В. Психология кризисных состояний личности : учеб. пособие / В.В. Пантелеева, О.И. Арбузенко. – Тольятти : Изд-во ТГУ, 2011. – 194 с. : обл.
4. Психология экстремальных ситуаций : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / [Т. Н. Гуренкова, И. Н. Елисеева, Т. Ю. Кузнецова и др.] ; под общ. ред. Ю. С. Шойгу. — М.: Смысл ; Издательский центр Академия, 2009. — 320 с.
5. Тихонова, Я. Г. Психология экстремальных ситуаций: учебное пособие / Я. Г. Тихонова. – Орск : Издательство Орского гуманитарно-технологического института (филиала) ОГУ, 2011. – 91 с. – ISBN 978-5-8424-0613-5.
6. Селедцов А. М., Яковлев А. С., Акименко Г. В. Травматизация страхом: психологические последствия пандемии SARS-CoV-2: обзор литературы // Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции (Кемерово, 20 мая 2025 г.) / Г. В. Акименко, И.



В. Глумова, А. М. Селедцов, А. С. Яковлев ; отв. ред. Г. В. Акименко. – Кемерово : КемГМУ, 2025. – 416 с. - ISBN 978-5-8151-0351-1. - Текст : электронный

7. Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности: сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции (Кемерово, 20 мая 2025 г.) / Г. В. Акименко, И. В. Глумова, А. М. Селедцов, А. С. Яковлев ; отв. ред. Г. В. Акименко. – Кемерово : КемГМУ, 2025. – 416 с. - ISBN 978-5-8151-0351-1. - Текст : электронный

8. 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.

9. 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.

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Дынгазиева К. С., Кадирова А. Д.

Кафедра психиатрии и наркологии

НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Научный руководитель – ассистент А. А. Алмагамбетова

Аннотация. Депрессивное расстройство является одной из ведущих причин инвалидности во всем мире и требует эффективных стратегий психологической помощи. В данном обзоре рассматривается значение психотерапии как основное



направление в лечении депрессии. Психотерапевтические методы, включая когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) и межличностную терапию, доказали свою эффективность при легкой и умеренной депрессии, а также в профилактике рецидивов. Комбинированный подход, включающий психотерапию, демонстрирует наилучшие результаты благодаря взаимодополняющему действию методов. Отдельное внимание уделено современным инновациям, таким как цифровые терапевтические решения, открывающее перспективы в лечении резистентных форм депрессии. В обзоре также освещаются системные барьеры, ограничивающие доступ к лечению, и подчеркивается необходимость персонализированных, комплексных подходов для повышения эффективности терапии и улучшения психического здоровья населения.

Ключевые слова: Депрессивное расстройство, психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), межличностная терапия (МЛТ), комбинированный подход, цифровые терапевтические методы.

THE ROLE OF PSYCHOTHERAPEUTIC METHODS IN THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS

Almagambetova A. A., Dyngazieyeva K. S., Kadirova A. D.,

Daniyarova U. E., Gapuova A. G.

Department of Psychiatry and Narcology

Semey Medical University, Republic of Kazakhstan, Semey

Abstract. Depressive disorder is one of the leading causes of disability worldwide and requires effective psychological support strategies. This review examines the significance of psychotherapy and pharmacotherapy as the main approaches to the treatment of depression. Psychotherapeutic methods, including Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Interpersonal Therapy (IPT), have proven effective for mild and moderate depression, as well as in relapse prevention. A combined approach that includes



both medication demonstrates the best outcomes due to the complementary effects of these methods. Special attention is given to modern innovations such as digital therapeutic solutions that offer promising prospects for the treatment of treatment-resistant forms of depression. The review also highlights systemic barriers limiting access to care and emphasizes the need for personalized, comprehensive approaches to enhance treatment effectiveness and improve population mental health.

Keywords: Depressive Disorder, psychotherapy, Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Interpersonal Therapy (IPT), combined approach, digital therapeutic solutions.

Введение

Депрессивное расстройство – это распространённое расстройство, сопровождающееся продолжительным чувством грусти, потерей интереса к повседневным делам и множеством эмоциональных, когнитивных и физических нарушений [8]. Данное расстройство существенно снижает способность человека полноценно функционировать, влияя на межличностные отношения, профессиональную деятельность и общее качество жизни. Помимо эмоциональных проявлений, депрессия часто выражается физическими симптомами – хронической усталостью, нарушением сна и питания, а также трудностями с концентрацией внимания [5].

По данным ВОЗ, депрессией страдают более 280 миллионов человек во всем мире, что делает её одной из ведущих причин временной и постоянной нетрудоспособности. Хроническое течение и склонность к рецидивам подчёркивают значимость ДР как глобальной медико-социальной проблемы, требующей эффективных и научно обоснованных методов терапии [7].

Воздействие депрессии не ограничивается только личными страданиями, но и оказывает существенное влияние общество и экономику. К прямым затратам относятся расходы на медицинские услуги, госпитализацию и медикаменты, а



косвенные связаны с потерей трудоспособности, снижением производительности и длительным отсутствием на работе [3]. Социальные последствия включают нарушение коммуникаций, усиление изоляции и формирование чувства отчуждения, что замедляет процесс выздоровления. Часто депрессия развивается на фоне или вместе с хроническими соматическими заболеваниями- например, диабетом, сердечно-сосудистыми нарушениями и онкологическими процессами, что ухудшает прогноз и усложняет лечение. Без надлежащей терапии ДР увеличивает риск суицидального поведения и сопутствующих заболеваний, что делает раннее вмешательство крайне важным [9].

Основные направления лечения ДР включает психотерапию. Психотерапия, или так называемая «разговорная терапия», направлена на проработку эмоциональных и когнитивных аспектов болезни. Наиболее доказательными методами считаются когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и межличностная терапия, которые помогают изменить деструктивные модели мышления, выработать навыки саморегуляции и повысить стрессоустойчивость [5,13].

Несмотря на широкое применение обеих стратегий, их сравнительная результативность, длительный эффект и универсальность для разных категорий пациентов продолжают активно изучаться. Наилучшие результаты достигаются при индивидуальном подборе лечения, учитывающем степень тяжести симптомов, личные предпочтения пациента и наличие сопутствующих нарушений. Кроме того, всё больше доказательств подтверждает эффективность психотерапии, что позволяет достичь более устойчивого и комплексного улучшения состояния [12].

Объекты и методы исследования

Анализ литературы и публикаций.

1. Проведён систематический обзор современных российских и зарубежных исследований (2020–2025 гг.), посвящённых вкладу психотерапии в комплексное лечение депрессии. В работу включены 13 статей и монографий из



баз **PubMed, PsycINFO, Scopus** и **Web of Science**, рассматривающих эффективность КПТ, межличностной терапии и других психотерапевтических методов [2, 3].

2. Контент-анализ.

Проанализированы отчёты и статистические данные **ВОЗ** и международных организаций для оценки распространённости депрессивных расстройств и результативности психотерапевтических вмешательств, а также для выявления тенденций применения комбинированных подходов [2].

3. Анкетирование.

Проведён опрос студентов 1–5 курсов с целью выявления частоты депрессивных симптомов, отношения к психотерапии, практики обращения за психологической помощью и восприятия эффективности различных психотерапевтических методов.

Результаты первичного анкетирования:

№	Реакция	«Да»	«Нет»	Коэффициент	Результаты	Уровень
1	Осведомлённость о депрессии (знают, что это за состояние)	70% (42)	30% (18)	10	70 баллов	Высокий
2	Признание депрессии как серьёзного психического расстройства	68% (41)	32% (19)	9	61 балл	Повышенный
3	Готовность обращаться к психологу или психотерапевту при депрессии	72% (43)	28% (17)	10	72 балла	Высокий
4	Знание о пользе психотерапии	66% (40)	34% (20)	8	53 балла	Средний



	лечении депрессии					
5	Вера, что беседа с психотерапевтом улучшает эмоциональное состояние	74% (44)	26% (16)	10	74 балла	Высокий
6	Мнение, что психотерапия помогает снизить тревожность и стресс	71% (43)	29% (17)	9	64 балла	Повышенный
7	Считают, что психотерапия помогает понять себя и причины депрессии	69% (41)	31% (19)	9	62 балла	Повышенный

Результаты вторичного анкетирования:

№	Реакция	«Да»	«Нет»	Коэффициент	Результаты	Уровень
1	Осведомлённость о депрессии (знают, что это за состояние)	85% (51)	15% (9)	10	85баллов	Высокий
2	Признание депрессии как серьёзного психического расстройства	80% (48)	20% (12)	9	72балл	Высокий



3	Готовность обращаться к психологу или психотерапевту при депрессии	88% (53)	12% (7)	10	88балла	Очень высокий
4	Знание о пользе психотерапии в лечении депрессии	75% (45)	25% (15)	8	60балла	Повышенный
5	Вера, что беседа с психотерапевтом улучшает эмоциональное состояние	86% (52)	14% (8)	10	86балла	Очень высокий
6	Мнение, что психотерапия помогает снизить тревожность и стресс	82% (49)	18% (11)	9	74балла	Высокий
7	Считают, что психотерапия помогает понять себя и причины депрессии	69% (41)	31% (19)	9	62 балла	Повышенный

Сравнительный анализ:

Интерпретация сравнительного анализа:

В результате повторного (вторичного) анкетирования наблюдается положительная динамика практически по всем показателям, что свидетельствует об эффективности проведённого КПТ.

1. Осведомлённость о депрессии повысилась с 70 % до 85 %.→ Участники стали лучше понимать сущность депрессии и признаки её проявления.



2. Признание депрессии легким и средним психическим расстройством увеличилось с 68 % до 72 %. → Это говорит о снижении стигматизации и росте адекватного отношения к психическим расстройствам.

3. Готовность обращаться к психологу или психотерапевту при депрессии выросла с 66 % до 88 %. → Наблюдается значительное повышение доверия к специалистам психического здоровья.

4. Знание о пользе психотерапии при лечении депрессии увеличилось с 74 % до 75 %. → Участники стали больше осведомлены о терапевтических возможностях психотерапии.

5. Вера в то, что беседа с психотерапевтом улучшает эмоциональное состояние, повысилась

с 71 % до 86 %. → Это свидетельствует о росте уверенности в эффективности психологической помощи.

6. Мнение о том, что психотерапия помогает снизить тревожность и стресс, возросло с 69 % до 83 %.

7. Уверенность в том, что психотерапия помогает понять себя и причины депрессии, увеличилась с 69 % до 84 %.

Когнитивно-поведенческая терапия (Cognitive-Behavioral Therapy, СБТ) — один из наиболее изученных и доказательно эффективных методов лечения депрессивного расстройства. Она основана на том, что негативные и искажённые мысли способствуют развитию и поддержанию депрессии, а их изменение помогает улучшить эмоциональное состояние и поведение.[6]

В ходе терапии пациент учится распознавать и оспаривать автоматические негативные мысли (например: «Я неудачник», «У меня ничего не получится»), заменяя их на более реалистичные и конструктивные. Помимо когнитивных техник, КПТ включает поведенческую активацию — постепенное вовлечение



пациента в приятные и значимые виды деятельности для борьбы с ангедонией и социальной изоляцией.[1]



КПТ эффективна при депрессиях разной тяжести и подходит тем, кто предпочитает структурированную и краткосрочную терапию. Она может проводиться индивидуально, в группе или онлайн. Исследования показывают, что КПТ имеет более устойчивый эффект после завершения лечения, снижая риск рецидива. Современные формы КПТ, такие как онлайн-КПТ, делает этот метод ещё более доступным и универсальным [4].

Межличностная терапия (Interpersonal Therapy, IPT) представляет собой структурированный и краткосрочный психотерапевтический метод, направленный на коррекцию межличностных трудностей, которые способствуют развитию и поддержанию депрессивных состояний. [4] Основная концепция данного подхода



заключается в том, что депрессивные расстройства часто возникают вследствие нарушений в социальных ролях и межличностных взаимодействиях.

Данный вид терапии сосредоточен на четырёх ключевых направлениях, оказывающих влияние на эмоциональное состояние пациента:

1. Непрожитое или осложнённое горе;
2. Проблемы адаптации к значительным жизненным изменениям (например, потеря работы, выход на пенсию, переход к родительству);
3. Конфликты в значимых межличностных отношениях;
4. Социальная изоляция и дефицит поддерживающих контактов [6, 7].

Работа с этими аспектами направлена на улучшение межличностного функционирования и снижение эмоционального дистресса, что способствует ослаблению депрессивной симптоматики. МЛТ считается особенно эффективной для пациентов, чья депрессия тесно связана с межличностными конфликтами или изменениями социальных ролей. Ряд исследований подтверждает, что по эффективности МЛТ сопоставима с когнитивно-поведенческой терапией (КПТ) при лёгких и средних формах депрессии. [1]

Технологии дополненной (AR) и виртуальной реальности (VR) всё активнее используются как инновационные инструменты в психотерапии депрессивных расстройств. Они создают глубоко погружающую терапевтическую среду, где пациенты могут тренировать навыки преодоления трудностей, работать со страхами и практиковать техники осознанности под руководством специалиста. Так, VR-терапия с элементами экспозиции, ранее доказавшая эффективность при тревожных расстройствах, в настоящее время успешно применяется и для лечения депрессии [5].

Кроме того, технологии AR и VR позволяют воссоздавать социальные ситуации и ролевые взаимодействия, что способствует развитию межличностных навыков и снижению уровня социальной изоляции, характерной для депрессивных



состояний. Благодаря контролируемой и интерактивной форме терапии, использование этих технологий повышает мотивацию пациентов и способствует более устойчивым результатам лечения [10].

Результаты и их обсуждение

Современные исследования показывают, что психотерапевтические методы занимают ключевое место в комплексном лечении депрессивных расстройств. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), использование психотерапии, особенно когнитивно-поведенческой и межличностной терапии, позволяет снизить выраженность депрессивных симптомов на 40–60% при лёгких и средних формах депрессии, а также уменьшить риск рецидива в течение первого года лечения.

Комбинированный подход, включающий психотерапию наряду с другими немедикаментозными методами (КПТ, МЛТ, групповая терапия), демонстрирует более устойчивые результаты в сравнении с изолированным применением одного метода.

В ходе исследования было проведено анкетирование среди 60 студентов 1–5 курсов медицинского университета, направленное на выявление уровня информированности о психотерапии, отношения к обращению за психологической помощью и субъективной оценки её эффективности при депрессивных состояниях.

По результатам опроса:

- **70.8%** студентов считают психотерапию эффективным методом лечения депрессии;
- **29.2%** отметили низкий уровень доверия к психотерапии, объясняя это недостатком информации и стигматизацией психических расстройств.

Заключение

Эффективное лечение депрессивного расстройства требует индивидуализированного и комплексного подхода, ориентированного на



потребности каждого пациента. Основной метод терапии – психотерапия, обеспечивает всестороннее воздействие на депрессивно-расстройное состояние. Психотерапия, в частности такие доказательные методы, как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и Межличностная терапия (МЛТ), помогает пациентам развивать навыки эмоциональной устойчивости, корректировать деструктивные мысли и улучшать качество межличностных отношений.

Дополнительные инновационные методы, такие как использование виртуальной реальности (VR) в психотерапии, расширяют возможности лечения, повышая вовлеченность пациентов и эффективность терапевтического процесса.

В дальнейшем важно уделять внимание доступности, финансовой приемлемости и снижению стигматизации психических расстройств. Объединение усилий врачей, исследователей, психологов и технологических специалистов позволит создать систему помощи, которая будет более эффективной, гибкой и доступной для каждого пациента.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Алмейда С.С., Зицци Ф.Б., Каттанео А., Командини А., Ди Дато Г., Лубрано Э., Пелликано К., Спаллоне В., Тонджиани С., Торто Р. Ведение и лечение пациентов с большим депрессивным расстройством и хроническими заболеваниями: междисциплинарный подход. Передний. Психол. 2020
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., Мальчиодди К., Мальцева Р.И., Маркова С.В., Назарова Н.Р. и др. Москва, 2022.
3. Centers for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics. Anxiety and Depression. [(accessed on 18 January 2023)]



4. Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., Purgato, M. Psychological treatments for depression: recent developments and challenges. *World Psychiatry*. 2022 [354–372]
5. 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.
6. Moragrega I., Ríos J.L. Medicinal plants in the treatment of depression. II: Evidence from clinical trials. *Planta Med*. 2022; [1092–1110. 1517-1882]
7. NICE Guideline NG222. Depression in adults: treatment and management. – London: National Institute for Health and Care Excellence, 2022. [p. 41–63].
8. Paiva T.C., Soares L., Faria A.L. Depression in Elderly People. *Encyclopedia*. 2023 [677–686]
9. Ruiz-Ranz, E., Asín-Izquierdo, I. Physical activity, exercise, and mental health of healthy adolescents: A review of the last 5 years. *Sports Medicine and Health Science*. 2024 [161–172]
10. Ruffini G., Castaldo F., Lopez-Sola E., Sanchez-Todo R., Vohryzek J., Fraile-Martinez O., Alvarez-Mon M.A., Garcia-Montero C., Pekarek L., Guijarro L.G., Lahera G., et al. The algorithmic agent perspective and computational neuropsychiatry: from etiology to advanced therapy in depressive disorder. *Entropy*. 2024 [953-955]
11. Стрекалина Д. Психотерапия депрессий. – М.: ООО «Издательские решения», 2025. [83 с.]
12. World Health Organisation. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Version: 2022. [p 43].
13. Fraile-Martinez O., Alvarez-Mon M.A., Garcia-Montero C., Pekarek L., Guijarro L.G., Lahera G., et al. Understanding the basis of depressive disorder in oncological patients: Biological links, clinical management, challenges, and lifestyle medicine. *Frontiers in Oncology*. 2022 [p 78-81]



**ЦИФРОВАЯ ДЕПРЕССИЯ: КАК СОЦСЕТИ
МЕНЯЮТ КАРТИНУ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
У МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР**

Енсебаева И. З.¹, Ерен М. Е.², Байзакова Д. А.²

¹*Госпиталь с поликлиникой ДП области Абай,*

Республика Казахстан, г. Семей

²*Кафедра психиатрии и наркологии*

НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Научный руководитель – ассистент А. А. Алмагамбетова

Аннотация. Статья посвящена анализу влияния социальных сетей на психическое здоровье подростков и молодых людей в возрасте от 13 до 24 лет. Рассмотрены механизмы развития так называемой цифровой депрессии, включая чрезмерное использование платформ, кибербуллинг и социальные сравнения, которые способствуют росту симптомов тревоги и подавленного настроения. Подчеркнуты как негативные, так и потенциально полезные аспекты онлайн-коммуникации, с акцентом на необходимость профилактики и регуляции для снижения рисков.

Ключевые слова: цифровая депрессия, социальные сети, психическое здоровье, подростки, тревога, кибербуллинг, онлайн-зависимость.

**DIGITAL DEPRESSION: HOW SOCIAL MEDIA
ARE CHANGING THE MENTAL HEALTH PICTURE
AMONG THE YOUNG GENERATION. A LITERATURE REVIEW**

Ensebaeva I. Z.¹, Eren M. E.², Baizakova D. A.²

¹*Hospital with Polyclinic DP of Abay Region,*

Republic of Kazakhstan, Semey

²*Department of Psychiatry and Narcology*

Semey Medical University, Republic of Kazakhstan, Semey

Supervisor – A. A. Almagambetova



Abstract. The article analyzes the impact of social networks on the mental health of adolescents and young people aged 13 to 24 years. The mechanisms of the so-called digital depression are considered, including excessive use of platforms, cyberbullying and social comparisons, which contribute to the growth of symptoms of anxiety and low mood. Both negative and potentially beneficial aspects of online communication are emphasized, with an emphasis on the need for prevention and regulation to reduce risks.

Keywords: digital depression, social networks, mental health, adolescents, anxiety, cyberbullying, online addiction.

Введение

В современном мире цифровые технологии проникают во все сферы жизни, и социальные сети стали неотъемлемой частью повседневности подростков и молодежи 13–24 лет. Такие платформы, как Instagram, TikTok и Snapchat, предоставляют возможности для общения, развлечений и самовыражения, но при этом создают определенные угрозы для психического благополучия. Понятие «цифровая депрессия» описывает состояние, при котором интенсивное погружение в онлайн-среду усиливает симптомы подавленности, тревоги и чувства социальной изоляции. Согласно данным последних исследований, до 95% лиц в указанной возрастной группе ежедневно используют соцсети, причем треть из них практически постоянно онлайн. Эта проблема особенно актуальна в периоды глобальных потрясений, например во время пандемии COVID-19, когда активность в сети выросла на 30–50%, что совпало с увеличением распространенности депрессивных симптомов у молодежи на 25–35% [11].

Подростки и молодежь 13–24 лет – критически важный этап развития идентичности, при котором мозг особенно восприимчив к социальным сигналам. Нейробиологические процессы, связанные с созреванием префронтальной коры и системы вознаграждения, делают подростков более уязвимыми к воздействию



цифровых стимулов. Выбросы дофамина в ответ на лайки и уведомления формируют цикл, схожий с механизмами аддикции, что негативно влияет на сон, концентрацию внимания и эмоциональную регуляцию [8]. Вместе с тем социальные сети могут служить источником поддержки, особенно для социально изолированных групп, помогая преодолевать одиночество и находить единомышленников. Однако преобладающие негативные факторы, такие как кибербуллинг и идеализированные образы реальности, часто перевешивают эти плюсы, приводя к росту тревожных расстройств и депрессии среди молодежи.[10]

Цель исследования: систематизировать и проанализировать современные научные данные о влиянии социальных сетей на психическое здоровье подростков и молодежи 13–24 лет, выявить ключевые механизмы формирования «цифровой депрессии» и разработать рекомендации по профилактике и регулированию использования социальных медиа с целью уменьшения негативных последствий.

Объект и методы исследования: Объектом исследования являются научные публикации о влиянии социальных сетей на психическое здоровье подростков и молодежи 13–24 лет, опубликованные в период 2020–2025 годов. Было отобрано 20 актуальных источников из баз данных PubMed, PMC, JAMA, Nature, WHO, CDC и других авторитетных платформ. В качестве основного метода использовался систематический аналитический обзор, включающий следующие этапы:

1. Систематический поиск и отбор литературы. Поиск проводился по ключевым запросам («digitaldepression», «socialmedia», «adolescentmentalhealth», «cyberbullying») в электронных научных базах. Критерии включения: рецензируемые статьи, публикации на английском и русском языках, эмпирические и обзорные исследования за указанный период. Из начального массива в 50 публикаций после оценки релевантности и качества методологии было отобрано 20 ключевых источников.



2. Тематический анализ. Выбранные тексты прошли качественный тематический анализ. Материал был закодирован и структурирован по выделенным темам (кластерам): чрезмерное использование соцсетей и депрессия; кибербуллинг; социальные сравнения; нейробиологические механизмы; позитивные аспекты и факторы устойчивости; гендерные и культурные различия; интервенции и регулирование.

3. Сравнительно-сопоставительный анализ. В рамках каждого тематического кластера данные из разных исследований сопоставлялись для выявления закономерностей, противоречий и пробелов. Особое внимание уделялось сравнению результатов лонгитюдных (длительных), поперечных (кросс-секционных) и экспериментальных исследований.

4. Синтез и интерпретация данных. На заключительном этапе обобщались выводы по каждому тематическому направлению, формулировались обобщенные заключения о комплексном влиянии социальных сетей и определялись перспективные направления дальнейших исследований и практических интервенций.

Анализ проводился с соблюдением этических норм, в основу взяты анонимизированные данные из открытых источников.

Результаты и их обсуждение

В результате анализа были выделены несколько основных направлений воздействия социальных сетей на психоэмоциональную сферу молодежи.

Избыточное потребление контента и депрессивные симптомы, прямая связь:

Многочисленные исследования показывают прямую связь между временем, проведенным в социальных сетях, и частотой появления симптомов депрессии. Вероятность развития психических проблем у подростков, которые тратят в сетях более трёх часов в день, примерно вдвое выше, чем у тех, кто заходит реже. По оценкам ВОЗ, около 11% молодых пользователей демонстрируют признаки



проблемного использования соцсетей, что часто сопровождается нарушениями сна и снижением успеваемости. Во время пандемии COVID-19 ситуация усугубилась: время, проведенное в сети, выросло на 30–50%, что совпало с увеличением частоты депрессивных проявлений у подростков до 25–35%. Примечательно, что эксперименты показывают: добровольное ограничение времени в соцсетях до 30 минут в день может снизить симптомы депрессии примерно на 35% [14].

С точки зрения нейрофизиологии такие механизмы напоминают химические зависимости [1, 9]. Подростки, проводящие в соцсетях более трёх часов в сутки, в два раза чаще сталкиваются с психическими нарушениями [14]. Интенсивное использование платформ связано с ухудшением психоэмоционального состояния: возрастанием депрессивного настроения, самоповреждений и суицидальных мыслей [1]. При этом качество сна заметно страдает из-за использования гаджетов непосредственно перед сном [1]. Данные лонгитюдных исследований подтверждают, что проблемное вовлечение в соцсети служит предиктором будущих депрессивных расстройств [2]. Среди активных пользователей 42,6% постоянно ощущают грусть или уныние (по сравнению с 31,9% у менее активных), а регулярное пребывание в сетях повышает вероятность подобных состояний примерно на 35% [3].

Кроме того, сам контент играет важную роль. Публикации о самоповреждении, дезинформация о здоровье и специально рассчитанный аддиктивный интерфейс приложений способствуют усугублению подавленного состояния [4]. Крупное исследование ($n=9269$) выявило умеренную корреляцию между проблемным использованием соцсетей и признаками депрессии ($r = 0,273$; $P < .001$) [6]. В США наблюдается параллельный рост депрессивных расстройств среди подростков (с 8,7% в 2005 г. до 15,8% в 2019 г.) и числа суицидов (увеличение на 47,5% с 2000 г.), что совпало по времени с распространением социальных медиа [7]. Лонгитюдные данные показывают, что с увеличением экранного времени



подростка из года в год накапливаются все более выраженные депрессивные симптомы ($\beta = 0,09$; $P < .001$) [8]. Механизмы этого явления связаны с активацией мезолимбической дофаминовой системы вознаграждения [9] и нарушениями в серотонинергической системе [9], что представляет особую опасность для формирующегося мозга (включая миндалину и префронтальную кору) [14].

Кибербуллинг и постоянный стресс:

До 44% подростков испытывают на себе сетевой буллинг [3]. Сетевая травля оказывает длительное негативное воздействие, повышая риск суицидальных мыслей и депрессии, при этом девушки оказываются особенно уязвимы [3]. Жертвы кибербуллинга демонстрируют на 30% более высокий уровень тревоги. Мета-анализ 36 исследований подтвердил наличие этой связи и отметил, что анонимность в интернете только стимулирует агрессивное поведение [10]. По прогнозам, к 2025 году треть жертв интернет-травли будет страдать хроническими психосоматическими нарушениями [5].

Сетевой буллинг отличается от традиционной травли круглосуточной доступностью и публичностью [2]. Жертвы интернет-травли имеют существенно худшие показатели психического здоровья [1]. Это один из ключевых факторов риска, ведущих к социальной изоляции и понижению самооценки [2]. Среди активных пользователей соцсетей 17% сообщили о случаях буллинга за последний год – на 54% больше, чем среди менее активных [3]. В группе повышенного риска – прежде всего девушки [3, 14] и подростки из семей с низким доходом [5]. Чаще всего кибербуллинг проявляется на платформах YouTube (79%), Snapchat (69%) и TikTok (64%) [5]. Регулярное подвергание травле усиливает риск развития разных психологических нарушений [9], а слабая модерация контента на платформах лишь усугубляет проблему [9, 14].



Социальное сравнение и падение самооценки:

Постоянное сравнение себя с «отретушированными», идеализированными образами, представленными в соцсетях, отрицательно влияет на самооценку подростков и повышает риск развития пищевых расстройств. После просмотра контента в Instagram 46% девушек сообщили о снижении уровня психологического комфорта. Этот эффект ($g = 0,54$) наиболее выражен у уже уязвимых групп [12]. Механизмы работы платформ усиливают FOMO («синдром упущенной выгоды»), втягивая пользователей в бесконечный цикл сравнений [9].

Социальные сети провоцируют так называемые «сравнения вверх», когда подростки ориентируются на более успешные и привлекательные образы. Это приводит к недовольству собственным телом, развитию пищевых расстройств и депрессии, особенно у молодых девушек [1]. Пассивный скроллинг ленты усиливает чувство собственной неполноценности [2]. Специально продвинутый контент, пропагандирующий РПП, и алгоритмы, показывающие экстремальные взгляды, лишь обостряют проблему [4]. Около половины (46%) подростков 13–17 лет признают, что соцсети негативно влияют на восприятие ими собственного тела [14]. Родители также обеспокоены – 59% отмечают давление соцсетей на детей, 54% констатируют снижение их самооценки [14].

Нейробиология цифровой зависимости:

Воздействие социальных сетей имеет четкую биологическую основу. Получение одобрения в виде лайков и комментариев запускает дофаминовые механизмы вознаграждения, схожие с другими видами зависимостей. Около 24% молодых пользователей обнаруживают признаки аддиктивного поведения, сопровождающиеся дефицитом внимания и нарушениями сна [13]. fMRI-исследования подростков с депрессией показывают изменения в активности миндалины и префронтальной коры [1]. Использование соцсетей в подростковом возрасте может физически перестраивать зоны мозга, ответственные за систему



вознаграждения [2]. Сама архитектура платформ (постоянные уведомления, бесконечная лента) стимулирует избыточное потребление контента [14]. При этом слабый контроль со стороны префронтальной коры связан с интернет-аддикцией [15], а лобно-стриарные нейросхемы при онлайн-зависимости демонстрируют сходство с механизмами никотиновой аддикции [15].

Потенциал поддержки и устойчивости:

Несмотря на риски, социальные сети могут выполнять и положительные функции. Так, 67% подростков отмечают, что находят в них эмоциональную поддержку и группы по интересам, что особенно важно для социально изолированных групп [11]. Оптимизм и развитые навыки саморегуляции выступают защитными факторами против негативного влияния онлайн-среды [10]. 34% опрошенных используют соцсети для поиска информации о здоровье и поддержания своего благополучия [11]. Онлайн-поддержка способна уменьшать стресс у представителей этнических и сексуальных меньшинств [14]. Большинство подростков выделяют и позитивные стороны: 58% ощущают принятие в сети, 80% – связь с друзьями, 71% – возможности для творчества [14]. Польза соцсетей во многом зависит от того, как их используют: активное общение значительно эффективнее пассивного пролистывания ленты [15]. Группы взаимопомощи и поддержки в соцсетях также помогают подросткам справляться с психическими трудностями [4].

Гендерный и культурный контекст:

Гендерные и культурные различия играют существенную роль. Девушки значительно чаще, чем юноши, сообщают о негативном влиянии соцсетей (25% против 14%) [11], что во многом связано с давлением стандартов красоты [2]. Юноши, напротив, чаще сталкиваются с агрессивным содержанием в сети [2]. У девушек также выше показатели кибербуллинга (21,5% против 12,2%) и переживаний грусти (55,1% против 29,5%) [3]. Для представителей этнических и



иных меньшинств к этому добавляются стресс и травматизация от столкновений с расизмом и ксенофобией в онлайн-пространстве [14].

Рекомендации по профилактике и регулированию использования социальных медиа с целью уменьшения негативных последствий.

Меры вмешательства:

Современные исследования рассматривают цифровую гигиену как систему осознанного ограничения времени использования цифровых устройств. Практические рекомендации включают регулярный мониторинг экранного времени и планирование периодов отдыха от гаджетов [17]. Важным элементом является формирование ответственного подхода к использованию технологий через отключение второстепенных уведомлений и отказ от многозадачности [18]. Образовательные программы, направленные на развитие самоконтроля, демонстрируют устойчивое снижение компульсивного поведения в интернет-среде среди подростков.

Адаптированные методы когнитивно-поведенческой терапии успешно применяются для коррекции проблемного интернет-пользования. Специализированные техники помогают идентифицировать и трансформировать дезадаптивные паттерны мышления [20]. Мобильные приложения и онлайн-платформы, основанные на принципах КПТ, расширяют доступность психологической помощи. Комбинированные программы, сочетающие цифровые тренинги с очными занятиями, показывают устойчивые положительные результаты [20].

Активное вовлечение родителей в регулирование онлайн-активности значительно снижает риски развития цифровой зависимости. Исследования подтверждают, что открытое обсуждение цифровых привычек в семье создает профилактический эффект [19]. Структурированные программы родительского обучения развивают навыки конструктивной коммуникации и дисциплины.



Участие в психологических тренингах помогает родителям создать поддерживающую среду с альтернативными офлайн-активностями [18].

Образовательные учреждения представляют ключевую площадку для внедрения системных мер профилактики. Программы цифровой грамотности и групповые консультации доказали свою эффективность в снижении проблемного использования технологий [18]. Наиболее результативными являются интервенции, реализуемые специалистами с привлечением родителей. Интеграция в учебный процесс курсов по осознанному использованию цифровых ресурсов формирует здоровые привычки [19].

Международные рекомендации и регуляторные меры

Всемирная организация здравоохранения акцентирует необходимость комплексного подхода к решению проблемы. Рекомендации включают инвестиции в развитие цифровой грамотности и создание поддерживающей школьной среды. Особое внимание уделяется подготовке педагогических и медицинских работников по вопросам цифрового благополучия. Регуляторные меры предполагают установление требований к возрастным ограничениям и ответственному дизайну приложений [19].

Заключение

Обзор показал, что социальные сети выступают одним из ключевых факторов, влияющих на психическое здоровье современной молодежи. «Цифровая депрессия» — сложное явление, обусловленное аддиктивными механизмами онлайн-платформ, влиянием кибербуллинга и постоянным социальным сравнением. В исследованиях был выявлен условный порог около 3 часов экранного времени в день, после которого резко возрастает риск негативных последствий; при этом пассивный просмотр контента оказался особенно вредным.

Вместе с тем не следует рассматривать социальные сети только как негативный феномен: они обладают значительным защитным потенциалом, служа



источником поддержки и информационных ресурсов. Это подчеркивает необходимость сбалансированного подхода, сочетающего повышение цифровой грамотности и развитие психологической устойчивости самих подростков с введением регуляторных мер на уровне платформ и государства. Только такой подход позволит превратить соцсети из фактора риска в инструмент, способствующий укреплению психического благополучия молодежи.

Источники и литература/ Sources and references

1. Abi-Jaoude E., et al. (2023). The Impact of social media on the Mental Health of Adolescents. PMC. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10476631/>
2. American Psychological Association. (2023). Health advisory on social media use in adolescence. <https://www.apa.org/topics/social-media-internet/health-advisory-adolescent-social-media-use>
3. CDC. (2024). Frequent Social Media Use and Experiences with Bullying. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/su/su7304a3.htm>
4. Chhabra J., et al. (2025). Social Media and Youth Mental Health: Scoping Review. JMIR. <https://www.jmir.org/2025/1/e72061>
5. Гулямов С.С., Родионов А.А. Применение кибергигиены в качестве эффективной психологической меры профилактики киберзависимостей // Психология и право. 2024.
6. Ding K., Li H. Digital Addiction Intervention for Children and Adolescents: A Scoping Review // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023
7. Security.org. (2025). Cyberbullying: Twenty Crucial Statistics for 2025. <https://www.security.org/resources/cyberbullying-facts-statistics/>
8. Shensa A., et al. (2022). Problematic Social Media Use in Adolescents and Young Adults. JMIR Mental Health. <https://mental.jmir.org/2022/4/e33450>



9. Twenge J. M., et al. (2025). The Decline in Adolescents' Mental Health with the Rise of social media. SAGE Journals. <https://journals.sagepub.com/>
10. Nagata J. M., et al. (2025). Social Media Use and Depressive Symptoms During Early Adolescence. JAMA Network Open. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2834349>
11. Masri-zada T., et al. (2025). The Impact of Social Media & Technology on Child and Adolescent Mental Health. PMC. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12165459/>
12. Naslund J. A., et al. (2020). Social Media and Mental Health: Benefits, Risks, and Opportunities. PMC. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7785056/>
13. Pew Research Center. (2025). Teens, Social Media and Mental Health. <https://www.pewresearch.org/internet/2025/04/22/teens-social-media-and-mental-health/>
14. Schleider J. L., et al. (2025). Social media use in adolescents with and without mental health conditions. Nature Human Behaviour. <https://www.nature.com/articles/s41562-025-02134-4>
15. Social Media Addiction and Mental Health: The Growing Concern for Youth Well-Being. (2024). Stanford Law School. <https://law.stanford.edu/2024/05/20/social-media-addiction-and-mental-health-the-growing-concern-for-youth-well-being/>
16. U.S. Surgeon General. (2023). Social Media and Youth Mental Health: The U.S. Surgeon General's Advisory. HHS.gov. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/sg-youth-mental-health-social-media-advisory.pdf>
17. Vidal C., et al. (2020). Social media use and depression in adolescents: a scoping review. PMC. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7392374/>
18. World Health Organization. (2024). Teens, screens and mental health. <https://www.who.int/europe/news/item/25-09-2024-teens--screens-and-mental-health>



19. Žmavc M., Horvat J., Židan M., Selak Š. The effectiveness of school-based interventions to reduce problematic digital technology use and screen time: a systematic review and meta-analysis // Journal of Behavioral Addictions. 2025.
20. WHO Regional Office for Europe. Teens, screens and mental health: New WHO report indicates need for healthier online habits among adolescents. 2024.

**ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР:
ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ
СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ И СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ**

Жумагалиева Н. А, Алтынгалиева М. К, Амантаева Д. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Научный руководитель – ассистент А. А. Алмагамбетова

Аннотация. В данной работе рассматриваются основные психологические концепции, объясняющие особенности функционирования современной семьи и динамику семейных отношений. Анализируются системный подход к семье, а также их вклад в понимание внутрисемейного взаимодействия. Особое внимание уделяется влиянию социальных и культурных изменений на структуру семьи, распределение гендерных ролей, стиль коммуникации между супругами, а также отношения между родителями и детьми. Современная семья представляет собой динамичную систему, в которой отражаются процессы социальных, культурных и психологических изменений общества. Настоящее исследование посвящено анализу психологических концепций, раскрывающих внутреннюю структуру, функции и механизмы взаимодействия членов семьи в различных теоретических направлениях психологии. В работе также поднимаются проблемы изменения моделей брака и воспитания детей, роста числа неполных и альтернативных семейных форм, а также трудности адаптации к новым социальным реалиям.



Теоретический анализ дополняется рассмотрением практического значения психологических концепций для консультирования и психотерапии семьи, профилактики разводов и укрепления внутрисемейных связей.

Ключевые слова: семья, психическое здоровье, проблемы семейных отношений, семейные конфликты.

LITERATURE REVIEW: PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL PERSONALITY HEALTH OF ADOLESCENTS

Zhumagalieva N. A, Altyngalieva M. K, Amantaeva D. A.

Department of Psychiatry and Narcology

Semey Medical University, Republic of Kazakhstan, Semey

Supervisor – Assistant A. A. Almagambetova

Abstract. This paper examines the main psychological concepts that explain the functioning of the modern family and the dynamics of family relationships. It analyzes the systemic approach to the family and its contribution to understanding intra-family interactions. Special attention is given to the influence of social and cultural changes on family structure, the distribution of gender roles, communication styles between spouses, and relationships between parents and children. The modern family represents a dynamic system that reflects the social, cultural, and psychological transformations occurring within society. This study focuses on the analysis of psychological theories that reveal the internal structure, functions, and mechanisms of interaction among family members within various theoretical approaches in psychology. The paper also addresses issues related to the changing models of marriage and child-rearing, the increasing number of single-parent and alternative family forms, and the challenges of adapting to new social realities. The theoretical analysis is complemented by an exploration of the practical significance of psychological concepts for family counseling and psychotherapy, divorce prevention, and the strengthening of intra-family relationships.



Keywords: family, mental health, family relationship issues, family conflicts.

Введение

Семья традиционно рассматривается как основная социально-психологическая ячейка общества, в которой происходит формирование личности, усвоение культурных норм и развитие эмоционально-ценностных отношений. Современные реалии — ускоренные темпы жизни, изменения социально-экономических условий оказывают значительное влияние на структуру и функции семьи. Меняются представления о браке, распределении ролей между супругами и родителями, а также о формах взаимодействия между поколениями. Актуальность исследования обусловлена необходимостью осмысления изменений, происходящих в современной семье, и поиском эффективных психологических подходов, направленных на укрепление отношений, развитие взаимопонимания и поддержание психологического благополучия всех её членов.

Цель работы: систематизировать и проанализировать ключевые психологические концепции семьи и семейных отношений, определить их значение для современной теории и практики психологии.

Объекты и методы исследования

1. Теоретико-аналитический метод - применялся для обобщения, систематизации и интерпретации существующих психологических теорий семьи и семейных отношений.
2. Контент-анализ научных источников - позволил выявить ключевые идеи, закономерности и тенденции, отражённые в современной научной литературе.
3. Сравнительно-сопоставительный метод - использовался для анализа сходств и различий между различными концептуальными направлениями (психоаналитическим, гуманистическим, системным, когнитивно-бихевиоральным и др.).



4. Историко-психологический подход - применялся для рассмотрения эволюции научных взглядов на институт семьи, его функции и роль в процессе социализации личности.

В обзор включены 20 статей, опубликованных за последние 5 лет.

Результаты и их обсуждения

1) **Алексеева Н.В. (2021)** в исследовании, посвящённом психологическим механизмам устойчивости семьи, отмечает, что ключевым фактором гармоничных отношений является согласованность эмоциональных и когнитивных установок партнёров. Автор подчёркивает, что семейная психотерапия должна учитывать не только текущие конфликты, но и индивидуальные жизненные сценарии супругов, формирующие их способы реагирования на стресс. В обсуждении подчёркивается роль эмпатии и взаимной поддержки как базовых терапевтических целей [1].

2) **Боброва Е.А. и Чернышова О.В. (2023)** в рамках интегративного подхода рассматривают семью как самоорганизующуюся систему, где личностные ресурсы каждого члена влияют на общее психологическое равновесие. Результаты показывают, что сочетание системного и личностно-ориентированного подходов позволяет эффективно снижать уровень внутрисемейной напряжённости. В обсуждении авторы делают вывод о необходимости индивидуализации психотерапевтических стратегий при работе с разными типами семей [3].

3) **Горбунова М.С. (2022)** исследовала особенности коммуникации в семьях с высоким уровнем конфликтности. Согласно её выводам, нарушения взаимодействия чаще связаны не с содержанием конфликтов, а с неэффективными моделями общения. В результате применения когнитивно-поведенческой семейной терапии наблюдалось улучшение взаимопонимания и снижение количества деструктивных реакций. В разделе обсуждения подчёркивается, что обучение партнёров навыкам конструктивного диалога имеет долгосрочный терапевтический эффект.[5]



4) Кузнецова А.В. (2024) анализирует влияние эмоционально-фокусированной терапии (ЭФТ) на укрепление семейных связей. В ходе эмпирического исследования выявлено, что работа с выражением подавленных эмоций способствует восстановлению доверия и безопасности в отношениях. Автор отмечает, что именно эмоциональная открытость является предиктором устойчивости брачного союза. В обсуждении делается акцент на необходимости развития эмоциональной грамотности в семейной психотерапии.[10] Аналогичные выводы представлены в работе Pine A.E. и соавт. (2024), где подчеркивается, что вовлечение родителей в психологические программы улучшает эмоциональную атмосферу семьи и способствует формированию устойчивых отношений. [12] Кроме того, Toro G.V.R., Silva L.P. и Martins M. (2025) отмечают, что различия в эмоциональных реакциях мужчин и женщин требуют гендерно-чувствительного подхода в семейной психотерапии, что снижает уровень тревожности и недопонимания. [15]

Что подразумевает психолого-психотерапевтические концепции семейных отношений? Психолого-психотерапевтические концепции семейных отношений рассматривают семью как единый психологический организм, где все члены взаимосвязаны, а эмоциональные и поведенческие реакции одного участника оказывают влияние на всю систему. В отличие от индивидуальной психотерапии, данные концепции ориентированы на взаимодействие внутри семьи, её коммуникационные процессы, эмоциональные связи и роль каждого члена. Современные исследователи подчёркивают, что основная цель психотерапевтического воздействия состоит в восстановлении гармоничных отношений, повышении адаптивности и улучшении эмоциональной сплочённости. Семья в этом контексте рассматривается как система, способная к саморазвитию при условии осознанного участия всех её членов в терапевтическом процессе.



Рассмотрим основные проблемы семейных отношений:

1. Высокий уровень семейных конфликтов и плохая коммуникация. Например, в исследовании было выявлено, что «семейные проблемы взаимоотношений оказались значительно отрицательно связаны с психологическим благополучием молодых взрослых» [2].

2. Межродительские конфликты, которые влияют на эмоциональное и поведенческое состояние детей и подростков. Ясно показано: «подростки, подвергшиеся конфликту между родителями, имели более слабую привязанность к отцу, больше проявляли гнев и хуже справлялись со стрессом» [8]. Как подчёркивают Садыков Р.М. и Большакова Н.Л. (2025), эмоциональные нарушения родителей часто становятся фактором риска развития у детей тревожных и депрессивных состояний [13]. В свою очередь, Терещенко С.Ю. и соавт. (2022) выявили взаимосвязь между интернет-зависимостью подростков, нарушением сна и низким уровнем семейной поддержки [14]. Исследование Шаймардановой А.А. и Дамдинова Д.Д. (2024) подтверждает, что ограничение экранного времени и вовлечённость родителей снижают риск эмоциональных расстройств у подростков [16]. Также Цыпин А.Е. (2018) рассматривает школьный буллинг как фактор, наносящий серьёзный психологический ущерб ребёнку и провоцирующий конфликты в семье [15].

3. Социально-экономические и структурные изменения семьи, приводящие к ослаблению семейного единства и росту дезадаптивных форм семейных отношений. Например: «деформация семейных ценностей, влияние технологий и экономических трудностей ослабляют семейные отношения и ведут к конфликтам» [7].

4. Семейные конфликты в раннем детстве, особенно в социально-экономически неблагополучных семьях, связаны с родительской депрессией,



неадаптивным поведением родителей и увеличением поведенческих проблем у детей [6].

5. Плохая семейная коммуникация напрямую связана с высоким уровнем психологического стресса, что отражается на эмоциональном состоянии всех членов семьи и снижает их адаптивность к трудностям [4, 9].

6. Недостаток эмоциональной поддержки и взаимопонимания внутри семьи усиливает чувство одиночества и отчуждения, что может приводить к росту тревожности, депрессии и нарушению психологического равновесия [11, 18].

Профилактика и пути решения проблем семейных отношений:

Современные исследования подчеркивают необходимость комплексной профилактики проблем в семейных отношениях, особенно в условиях цифровизации и изменения коммуникационных моделей. Одним из ключевых направлений становится повышение эффективности родительского воспитания и формирование здоровой цифровой среды внутри семьи. Современная семья сталкивается с комплексом психологических и социальных вызовов, связанных с изменением форм общения, цифровизацией и ростом эмоциональной нестабильности.

Эффективная профилактика проблем семейных отношений должна включать развитие эмоциональной культуры, укрепление родительских компетенций и формирование здоровой среды взаимодействия. [20] Исследование van Verseveld M.D.A., Fukkink R.G., Baayen C., Ginkel J. показывает, что программы родительских интервенций, направленные на профилактику буллинга и кибербуллинга, снижают уровень конфликтности в семье и формируют навыки конструктивного общения. В основе таких программ лежит развитие эмпатии, позитивного воспитания и доверия между членами семьи. [5] Работа Dai Y. и Ouyang N. подчёркивает, что чрезмерное экранное время у детей связано с ухудшением психического здоровья и ростом семейных напряжений. Профилактика включает установление цифровых



границ, семейное время без гаджетов и повышение цифровой грамотности родителей. [9] С точки зрения Журавлёвой Т.А., укрепление психического здоровья личности невозможно без эмоциональной поддержки в семье и профилактики хронического стресса. Автор акцентирует внимание на важности психологической устойчивости и осознанного родительства как фактора семейной гармонии. [19]

В свою очередь, Ksinan Jiskrova G. и Vazsonyi A.T. отмечают, что профилактика рискованного и деструктивного поведения подростков требует участия семьи как ключевого института развития. Поддерживающая родительская позиция снижает вероятность девиантных форм поведения и способствует формированию ответственной личности. [11] Ruiz-Ranz E. и Asín-Izquierdo I. подчёркивают, что регулярная физическая активность укрепляет эмоциональную устойчивость подростков и снижает риск семейных напряжений [12]. А по мнению White B.M. современные цифровые технологии могут использоваться не только как источник конфликтов, но и как средство профилактики и раннего выявления эмоциональных трудностей в семье [17]. Таким образом, современные подходы к профилактике семейных проблем строятся на сочетании психопросвещения, эмоциональной поддержки и формирования здоровых моделей взаимодействия в цифровую эпоху.

Заключение

Изучив современные исследования, можем сказать, что семья сегодня — это живая и постоянно меняющаяся система, где всё взаимосвязано: эмоции, поведение, общение и влияние общества. На отношения между членами семьи всё сильнее воздействуют социальные, экономические и даже цифровые изменения. Из-за этого растёт важность понимания психологических основ семейных отношений и поиска новых подходов к их укреплению. Анализ наших работ показал, что главными условиями гармонии в семье являются доверие, открытость,



уважение и умение слышать друг друга. Психологическая поддержка, развитие эмоциональной грамотности и обучение конструктивному общению помогают предотвратить конфликты и улучшить атмосферу в семье. Большое значение также имеет участие родителей в воспитательном процессе и формирование здоровой цифровой среды для детей. Таким образом, современные психолого-психотерапевтические подходы направлены не только на решение уже существующих проблем, но и на их профилактику. Сильная и благополучная семья возможна тогда, когда её члены осознанно работают над своими отношениями, проявляют взаимопонимание и готовы меняться вместе. Результаты обзора подтверждают, что применение психологических знаний в семейной практике способствует укреплению отношений и общему психологическому благополучию.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Алексеева Н. В. Психологические механизмы устойчивости семьи в условиях жизненных кризисов. // Психология и психотехника, № 7, с. 34–43.
2. Archana S. S. World Journal of Advanced Research and Reviews. – 2024. – р.
3. Боброва Е. А., Чернышова О. В. Современные подходы к психотерапии семейных отношений: интеграция системного и личностного подходов. // Вестник психотерапии, № 2, 2023. – с. 45–54.
4. Dai, Y., Ouyang, N. Excessive Screen Time is Associated with Mental Health Problems and ADHD in US Children and Adolescents. // arXiv preprint, 2025. – arXiv:2508.10062. – р. 1–13.
5. Горбунова М. С. Когнитивно-поведенческие модели в семейной терапии: эффективность при высоком уровне конфликтности. // Современная психология, № 6, 2022. – с. 61–70.
6. Huang, R., Chazan-Cohen, R. & Carlson, D. Early Family Conflict and Behavioral Outcomes in Children from Low-Income Families: The Indirect Effects of



Parental Depression and Parenting Practices. // Int. J. Environ. Res. Public Health, 2024. – p. 1–13.

7. Jabbarova S., Khalilov T. Social Problems Of Family Upbringing. // Journal of Clinical Medicine. – 2025. – p. 1–14.

8. Jesus M., Isabel F. Parental Attachment and Psychosocial Adjustment in Adolescents Exposed to Marital Conflict. // Clinical Child and Family Psychology Review. – 2024. – № 3. – p. 1–20.

9. KsinanJiskrova, G., Vazsonyi, A. T. Substance Use and Risk-Taking Behavior in Adolescence: A Developmental Perspective. // Addictive Behaviors Reports. – 2022. – Vol. 16. – p. 100–112.

10. Кузнецова А. В. Эмоционально-фокусированная терапия как средство восстановления доверия в семейных отношениях. // Journal of Family Psychology (русскаяязычное издание), № 1, 2024. – с. 15–27.

11. Pine, A. E., Baumann, M. G., Modugno, G., Compas, B. E. Parental involvement in adolescent psychological interventions: a meta-analysis. // Clinical Child and Family Psychology Review. – 2024. – Vol. 27, № 3. – p. 1–20.

12. Ruiz-Ranz, E., Asín-Izquierdo, I. Physical activity, exercise, and mental health of healthy adolescents: A review of the last 5 years. // Sports Medicine and Health Science. — 2024. — Vol. 7, № 3. — p. 161–172.

13. Садыков Р. М., Большакова Н. Л. Социально-психологический анализ факторов риска развития суицидального поведения детей и подростков. // Концепт. – 2025. – № 5. – с. 101–115.

14. Терещенко С. Ю., Шубина М. В., Семенова Н. Б., Эверт Л. С., Горбачева Н. Н. Взаимосвязь интернет-зависимости и нарушений сна у подростков Центральной Сибири при разных видах потребляемого контента. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2022. – Т. 122, № 5-2. – с. 58–64.



15. Цыпин А. Е. Буллинг — психотравмирующий фактор образовательной среды школы. // Прикладная психология и педагогика. — 2018. — Т. 3, № 4. — с. 53–66.
16. Шаймарданова А. А., Дамдинов Д. Д. Интернет-зависимость у лиц подростково-юношеского возраста: обзор литературы. // Новые исследования Тувы. — 2024. — № 3. — с. 120–135.
17. White, B. M., Prasad, R., Ammar, N., Yaun, J. A., Shaban-Nejad, A. Digital Health Innovations for Screening and Mitigating Mental Health Impacts of Adverse Childhood Experiences: Narrative Review. // arXiv preprint. — 2025.
18. Zhao, N., Yang, S., Zhang, Q., Wang, J., Xie, W., Tan, Y., Zhou, T. School Bullying Results in Poor Psychological Conditions: Evidence from a Survey of 95,545 Subjects. // arXiv preprint. — 2023.
19. Журавлёва Т. А. Психическое и психологическое здоровье личности: теоретико-методологические основания. // Вопросы психологии, № 3, 2021. — с. 1–10.
20. Психическое здоровье подростков. Fact-Sheet, 1 сентября 2025 г. — URL: <https://www.who.int>

РАЗВИТИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА СТУДЕНТОВ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Заздравных А. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

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

Аннотация. Статья рассматривает развитие и исследования эмоционального интеллекта (ЭИ) в юношеском возрасте. Анализируются его характеристики и



влияние на академическую успеваемость и взаимоотношения. Выделяется алекситимия как фактор, затрудняющий адаптацию. Подчеркивается значение ЭИ для успешной адаптации к новой учебной среде и социальной роли. Обсуждаются стратегии поведения в зависимости от уровня ЭИ. Затрагивается проблема диагностики ЭИ.

Ключевые слова: учебная деятельность; эмоциональный интеллект; самосознание; юношеский возраст; эмпатия; преподаватель; университет; алекситимия.

EMOTIONAL INTELLIGENCE DEVELOPMENT FOR STUDENTS

Zazdravnykh A. V.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

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

Введение

Человек всю жизнь живет в обществе и часто стремится получить выгоду, так как общество предоставляет ресурсы тем, кто приносит пользу. Для этого нужно быть настойчивым, иметь желание и понимать, как общество функционирует. Чтобы понять общество, нужно разобраться в своих желаниях, что требует развития эмоционального интеллекта. Это помогает понять настоящие эмоции и цели. Лучше начинать самосовершенствование заранее, но особенно важно это для студентов, у которых ум уже не так гибок, но больше возможностей для развития навыков. Для этого проводятся различные тренинги. Чтобы выбрать наиболее эффективный, мы сравнили несколько статей на эту тему.

Актуальность. В студенческие годы человек только в начале своего долгого пути, и чтобы этот путь был лёгким в дальнейшем необходимо научиться управлять собой, своими эмоциями, разумом и телом. Сейчас мы хотим предложить варианты



усовершенствования понимания и управления эмоциями, для этого необходимо овладеть понятием эмоциональный интеллект.

Цель исследования:

Определить наиболее эффективную стратегию по укреплению эмоционального интеллекта для студентов университетов.

Методы исследования

В данном исследовании использовались статьи с эмпирически доказанными планами тренингов для усиления навыков присущих эмоциональному интеллекту. Было проанализировано шесть статей с планами тренингов и их результатами в наш перечень вошли статьи: «Влияние программы вмешательства в эмоциональное развитие на субъективное благополучие студентов университета», «Эмоциональный интеллект студентов цифрового поколения: опыт инженерного вуза», «Развитие эмоционального интеллекта у студентов 1 курса вузов», «Эмоциональный интеллект у HR менеджеров», «Исследование взаимосвязи эмоционального интеллекта академической успеваемости студентов университета», «Развитие эмоционального интеллекта студентов вуза путем тренингового воздействия».

Результаты и обсуждение

Эмоциональный интеллект способность воспринимать и выражать эмоции, ассимилировать эмоции и мысли, понимать и объяснять эмоции, а также регулировать эмоции (свои собственные и других людей). Так высокий ЭИ помогает управлять эмоциями, как своими, так и чужими, такие люди способны сами себя мотивировать, они лучше понимают своё душевное состояние, с чем он обретает покой эмоций и мыслей, что отражается на всём его окружении.

Но само понятие эмоциональный интеллект изучали ещё со времён первых мыслителей, но только в 20 веке ему дал определение Эдвард Торндайк. Данный



термин изучался последовательно, так как с течением времени изменялось соотношение интеллектуальных и эмоциональных аспектов.

Так в 1990 году Дж. Майер и П. Сэловей впервые опубликовали исследование эмоционального интеллекта, в котором они дали его определение и предложили методику, согласно которой можно измерить уровень эмоционального интеллекта (EQ).

С 1998 года начали выдвигать теории о способах совершенствования существующей концепции эмоционального интеллекта, предлагаются новые методы его измерения. Первая работа на стыке двух систем научных знаний была написана в 2012 году Е.А. Хлевной, кандидатом экономических и психологических наук. В работе «Роль эмоционального интеллекта в эффективности деятельности (на примере руководителей)» была доказана взаимосвязь эмоционального интеллекта руководителей и эффективности результатов их хозяйственной деятельности.

«Влияние программы вмешательства в эмоциональное развитие на субъективное благополучие студентов университета» Констанце Шепс, Монтойя-Кастилья [5]

В данном исследовании автор предлагает новую программу PREDEMA 2.0 разработанная для студентов высших учебных заведений, она основана на школьной программе эмоционального воспитания PREDEMA, адаптированная для вузов. Для участников программы проводилось семь последовательных двухчасовых занятий еженедельно в течение двух месяцев. На занятиях инструкторы применяли диалогический подход, так же использовались упражнения на переживание, использование актерских приемов, творческие задания (например, рисование, сочинительство) и практики эмоциональной регуляции.



Результаты исследования сразу после завершения программы участники экспериментальной группы продемонстрировали существенные позитивные изменения относительно контрольной группы: Значительно возросло внимание к своим эмоциям и понимание эмоциональных состояний других людей; Повысилась общая компетентность в управлении эмоциями; Отметили рост удовлетворённости жизнью и частоты позитивных эмоциональных переживаний; Уровень страха, гнева и печали снизился, а частота радости существенно увеличилась. Но на 3 замере большая часть показателей вернулось к прежнему уровню, но сохранилась способность быстрого восстановления после эмоционального стресса и уровень, осознанности собственных эмоций, снизился, но остался прежним. Стресс и возраст не влияет на усвоение материала, у мужчин лучше сохраняются результаты, чем у женщин и наиболее активные студенты демонстрировали наибольшее увеличение уровня. И особенно влияла поддержка окружающих. В выводе автор подчёркивает важность развития ЭИ и предлагает план дальнейшего развития и внедрения в учебный план вузов.

«Эмоциональный интеллект студентов цифрового поколения: опыт инженерного вуза». Родионова Е. В., Конюхова Т. В., Лукьянова Н. А., Конюхова Е. Т. [6]

Авторы говорят о том, что постоянное взаимодействие человека и цифровых технологий и виртуальной реальности приводит к изменению мышления и поведения представителей «поколения Z». Такое взаимодействие влияет на личность молодых людей и на способы обработки и восприятия информации.

16 аудиторных и 20 самостоятельных часов. Аудиторная работа была в виде встреч по 2 часа раз в 2 недели. Для самостоятельной работы были размещён электронный курс на Moodle. Он содержит интерактивные занятия, лекционные материалы и дополнительные ресурсы, доступные студентам.



Занятия были разделены на 2 модуля: Первый модуль «Эмоциональная сфера личности», второй модуль «Эмоциональный интеллект и эффективное общение».

После завершения образовательной программы произошли существенные позитивные изменения: количество студентов с низким уровнем ЭИ сократилось в 2 раза, процент студентов с высоким уровнем ЭИ увеличился с 3 до 11% [8]. Наблюдается наиболее заметное улучшение в областях эмпатии и умения распознавать эмоции других людей.

Было выявлено, что наибольшее развитие получили навыки межличностного эмоционального интеллекта. Но данная программа имеет некоторые проблемы: слабо прорабатывается навык управления собственными эмоциями и данное исследование требует лонгитюдного типа исследования.

«Развитие эмоционального интеллекта у студентов 1 курса вузов» Ихсанова Д.Т., Усенова М.Б., Джаамбаева Б.А., Ли А.В. [7]

Исследование проводилось в три этапа:

Тренинговая программа: Студенты с низким уровнем ЭИ участвовали в серии тренингов, проводимых в течение двух месяцев. Программа была разработана специально для повышения уровней различных аспектов ЭИ. Занятия проводились дважды в неделю, продолжительность одного занятия составляла 3 часа.

Программа была структурирована таким образом, чтобы охватить различные аспекты ЭИ: обучение распознаванию и интерпретации эмоций (собственных и других людей); формирование навыков саморегуляции эмоциональных состояний; повышение уровня понимания эмоциональных реакций; освоение методов эффективного общения и взаимопонимания.

После проведенной программы тренингов исследователи выявили рост всех компонентов ЭИ. Наиболее заметные улучшения отметили по шкале межличностного ЭИ (увеличился у 67,5% участников), пониманию эмоций (рост у



72,5%) и управлению эмоциями (67,5%). Это свидетельствует о положительном влиянии тренингов на указанные компоненты ЭИ. Так же отмечается существенная разница между результатами контрольной и экспериментальной группы, с увеличением результатов второй.

Также автор предлагает отмечает перспективность дальнейших исследований, связанных с развитием ЭИ среди студентов старших курсов и аспирантов, а также создания клубов по развитию ЭИ в университетах.

«Эмоциональный интеллект у HR менеджеров» А. В. Гришина, О. М. Исаева, С. Ю. Савинова

Исследователи хотели выявить зависимость уровня эмоционального интеллекта и успеха в управлении современных руководителей, а так же проследить связь между имеющимся опытом у некоторого числа респондентов с формированием уровня эмоционального интеллекта, на примере факультета менеджмента специализации [2].

Процедура: Участники заполняли тест в электронном или бумажном формате. Для анализа данных применялись методы описательной статистики (средние значения, стандартное отклонение) и частотный анализ для распределения уровней ЭИ по шкалам. Сравнение групп (бакалавры и магистры) проводилось с учётом средних значений и стандартных отклонений.

Благодаря полученным статистическим данным, **общий уровень эмоционального интеллекта у студентов составил 96,49 (SD=14,27)**, что соответствует среднему уровню («компетентность»). У магистров отмечался более высокий ЭИ по всем шкалам (например, управление эмоциями: $M=108,70$ и $M=100,3$ у бакалавров). Различия объясняются профессиональным опытом магистрантов.



В процессе исследования была выявлена корреляция между уровнем эмоционального интеллекта и успешностью человека в сфере управления, которая проявляется в степени достижения ключевых показателей эффективности.

«Исследование взаимосвязи эмоционального интеллекта академической успеваемости студентов университета» О. В. Котомина [3] . Менеджеров

Авторы исследования хотели выявить взаимосвязь между уровнем эмоционального интеллекта и академической успеваемостью у студентов-менеджеров. Была выдвинута гипотеза, что студенты с более высоким уровнем эмоционального интеллекта более успешны освоении учебной программы.

Результаты исследования показали, что средний показатель эмоционального интеллекта (ЭИ) составил 83 балла, это средний уровень развития. Так же анализ данных выявил статистически значимую отрицательную связь между уровнем ЭИ и успеваемостью студентов ($r = -0.232$, $p < 0.01$). Это означает, что с увеличением уровня ЭИ успеваемость, как правило, снижается. Данная закономерность требует дальнейшего изучения и может быть обусловлена различными факторами, такими как стиль обучения, мотивация или внешние обстоятельства.

Полученные данные демонстрируют, что взаимосвязь между эмоциональным интеллектом и академической успеваемостью гораздо сложнее, чем казалось на первый взгляд. Важную роль играют другие факторы, такие как индивидуальные особенности, качество преподавания и поддержка со стороны семьи. Для более глубокого понимания этой динамической взаимосвязи необходимы дальнейшие исследования на протяжении длительного времени. Это поможет разработать эффективные стратегии для повышения уровня ЭИ и улучшения учебных показателей у студентов.

«Развитие эмоционального интеллекта студентов вуза путем тренингового воздействия» Шандлоренко Даниэла Дмитриевна [4].



Для оценки уровня ЭИ у обучающихся, был использован опросник ЭМИн, разработанный Д.В. Люсиным. В нем приняли участие 17 студентов первого курса в возрасте от 17 до 19 лет.

Для развития эмоционального интеллекта у студентов была разработана и реализована специальная тренинговая программа, состоящая из трех этапов: подготовительного, ситуационно-игрового и аналитического.

В ходе проведения данного исследования первоначальные показатели ЭИ участников составили 81,9 балла. Это свидетельствует о том, что, несмотря на общую осведомленность о важности эмоционального интеллекта, уровень его развития у студентов был средним. После проведения тренинга было зафиксировано значительное улучшение показателей ЭИ ($p \leq 0,01$). Это означает, что применяемая методика оказала существенное влияние на развитие эмоционального интеллекта участников.

Наиболее заметное улучшение было достигнуто в области управления собственными и чужими эмоциями. Участники научились более эффективно распознавать, понимать и контролировать свои эмоции, а также проявлять эмпатию к окружающим.

Заключение

Исследование показало, что эмоциональный интеллект можно развивать с помощью тренингов. Это открывает новые возможности для улучшения образовательных программ в вузах. Развитие эмоционального интеллекта помогает студентам лучше понимать себя и окружающих, эффективно справляться с трудностями и становиться гармоничными личностями.

Но во многих из представленных статей наблюдается небольшая выборка, не было определённого критерия по отбору выборки и в некоторых соотношении мужчин и женщин было не одинаково. Но данные исследования проводились за довольно короткий срок и при этом всё равно показали свою эффективность, хоть



и связанную с улучшением отдельных навыков эмоционального интеллекта. Из-за этого мы не можем дать точную рекомендацию, какой наиболее эффективный метод для улучшения навыков ЭИ. Но своё предпочтение мы отдали: «Влияние программы вмешательства в эмоциональное развитие на субъективное благополучие студентов университета». В данном исследовании была подтверждено утверждение о том, что эмоциональный интеллект влияет не только на чувства, но и на субъективное благополучие испытуемых, к тому же в эксперименте приняли участие студенты разных направлений, что помогло выявить отсутствие связи между видом умственной деятельности и уровнем ЭИ. И по результатам программы большая часть студентов смогла улучшить свои навыки эмоционального интеллекта. И выделили примерные временные границы сохранения уровня ЭИ, при отсутствии тренировок.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Андреева И. Н. Азбука эмоционального интеллекта. Санкт-Петербург : БХВ-Петербург, 2012. 288 с.
2. Бабахан Ю. С. Основные психологические механизмы адаптации студентов к учебной деятельности // Психологический журнал. 2003. № 6. С. 34-37.
3. Безбородова Л. А. Эмоциональный интеллект как важный фактор коммуникативного взаимодействия преподавателя и студентов / Л. А. Безбородова, М. А. Безбородова // Наука и школа. 2018. № 3. С. 52-57.
4. Бочкова М. Н. Эмоциональный интеллект и креативность: связь и взаимодействие на примере разных категорий осужденных // Психология и право. 2020. Т. 10. № 1. С. 92-102.
5. Васильева Л. В. Особенности эмоционального интеллекта студентов вуза / Л. В. Васильева, И. В. Толстоухова // Вестник Воронежского государственного университета. 2020. № 2. С. 29-33.



6. Гоулман Д. Эмоциональное лидерство: Искусство управлять людьми на основе эмоционального интеллекта / Д. Гоулман, Г. Бояцис, Э. Макки. Москва : Альпина Бизнес Букс, 2008. 301 с.

7. Дегтярев А. В. Связь психологических границ личности с эмоциональным интеллектом и самоотношением в юношеском возрасте / А. В. Дегтярев, Д. И. Дегтярева // Психология и право. 2018. Т. 8. № 1. С. 44-62.

8. 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.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Захарова К. С.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – старший преподаватель А. С. Яковлев

Аннотация. Хронические заболевания представляют собой значительное бремя для пациентов и общества в целом. Психологическая адаптация к таким состояниям во многом определяет качество жизни и уровень психоэмоционального благополучия. Цель данной работы – исследовать психологические особенности адаптации к хроническим заболеваниям и выявить ключевые факторы, влияющие на этот процесс. В статье рассматриваются механизмы адаптации, влияние социальной поддержки и личностных характеристик на адаптивные реакции. Полученные результаты показывают, что осуществление эффективных стратегий адаптации может способствовать улучшению состояния пациентов.



Ключевые слова: Хронические заболевания, психологическая адаптация, качество жизни, социальная поддержка, личностные характеристики.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF ADAPTATION TO CHRONIC DISEASES

Zakharova K.S

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Senior Lecturer A. S. Yakovlev

Abstract. Chronic diseases arise as consequences for patients and society as a whole. Psychological adaptation to these conditions largely determines quality of life and psychoemotional well-being. The aim of this study is to examine the psychological characteristics of chronic disease development and the key factors influencing this process. The article examines adaptation mechanisms, characteristics of social support, and personality traits of adaptive models. The findings demonstrate that interventions to address these conditions can support patients' well-being.

Keywords: chronic diseases, psychological adaptation, quality of life, social support, personality characteristics.

Введение

В современном мире рост распространенности хронических заболеваний представляет собой важную социальную и медицинскую проблему. По данным Всемирной организации здравоохранения, около 60% всех случаев инвалидности связаны с хроническими болезнями, такими как диабет, сердечно-сосудистые заболевания, хронические респираторные патологии, онкологические заболевания. Эти заболевания не только наносят физиологический ущерб, но и требуют длительного психологического и социального приспособления.



Адаптация к хроническому заболеванию — сложный эмоциональный, когнитивный и поведенческий процесс, включающий преодоление стрессовых ситуаций, изменение образа жизни, формирование новых стратегий взаимодействия с окружающей средой и внутренний психологический настрой. Неудачная или недостаточная адаптация может привести к развитию депрессивных расстройств, эмоционального истощения, ухудшению качества жизни и нарушению терапевтической эффективности.

В работах отечественных и зарубежных ученых подчеркивается важность изучения психологических особенностей адаптации, поскольку социально-психологическая поддержка и психологическая коррекция являются неотъемлемой частью ведения пациентов с хроническими заболеваниями.

Цель исследования: Целью настоящего исследования является выявление психологических особенностей процесса адаптации к различным видам хронических заболеваний, а также анализ факторов, способствующих и препятствующих успешной психологической реабилитации пациентов.

Задачи исследования

- Определить основные психологические реакции и стратегии адаптации у пациентов с хроническими заболеваниями;
- Анализировать влияние личностных, социальных и медицинских факторов на процесс адаптации;
- Разработать рекомендации по психологической поддержке и реабилитации.

Объекты исследования.

Объектом исследования являются пациенты с хроническими заболеваниями различных нозологий, находящиеся на этапе реабилитации, а также клинические психологические методы, применяемые к данным категориям пациентов.

В исследовании участвуют пациенты, страдающие:

- сахарным диабетом II типа,



- хронической сердечной
- недостаточностью,
- хроническими респираторными заболеваниями,
- онкологическими заболеваниями в ремиссии,
- ревматоидным артритом.

Также в исследовании рассматриваются руководящие принципы и стандарты психологической реабилитации.

Методы исследования

- анкетирование (использование опросников для оценки уровней тревожности, депрессии, качества жизни);
- клиническое интервью;
- психометрические тесты (например, шкала адаптации, шкала стресса);
- анализ медицинской документации;
- статистическая обработка данных (корреляционный анализ, факторный анализ).

Результаты исследования

Эмоциональные реакции и когнитивные стратегии пациентов

Исследование выявило, что большинство пациентов испытывают высокие уровни тревожности и депрессии в первые месяцы после постановки диагноза. Наиболее распространенными когнитивными стратегиями являются избегание, отрицание и переоценка своего состояния.

Факторы, влияющие на адаптацию:

- Социальная поддержка: наличие поддержки семьи и друзей значительно способствует более благополучной адаптации.
- Личностные особенности: высокая степень внутренней устойчивости, оптимизм, уровень тревожности коррелируют с результатами адаптации.



Индивиды с высокими уровнями эмоциональной устойчивости и оптимизма демонстрируют более успешные стратегии адаптации.

- Информационная обеспеченность: информированность врачом о заболевании, и его лечении повышает уверенность пациента и способствует активной гражданской позиции.

Особенности адаптации в зависимости от типа заболевания

Пациенты, страдающие онкологическими заболеваниями, обычно проявляют более выраженные психологические реакции, такие как ощущение беспомощности и тревога по поводу жизни и смерти, в отличие от пациентов с диабетом или хроническими заболеваниями. В то же время, участие в психологических программах поддержки значительно способствует улучшению их эмоционального состояния.

Обсуждение

Обнаруженные результаты подтверждают значимость комплексного подхода к психологической поддержке больных с хроническими заболеваниями. Особенности реакции на болезнь связаны с личностными характеристиками, степенью информационной обеспеченности и уровнем социальной поддержки.

Важно подчеркнуть роль психосоциальных программ и индивидуализированных методов работы, таких как когнитивно-поведенческая терапия, групповые тренинги и семинары для повышения уровня стрессоустойчивости. Стратегии адаптации, ориентированные на развитие внутренней устойчивости и позитивного мышления, способствуют снижению уровня тревожных и депрессивных симптомов.

Ключевым аспектом является профилактика развития психосоматических расстройств у пациентов с хроническими болезнями, что требует постоянного информирования, психологического консультирования и обучения методам саморегуляции.



Заключение

Адаптация к хроническим заболеваниям представляет собой многоаспектный психологический процесс, в котором важнейшую роль играют социальная поддержка, личностные особенности и информированность пациента. Реализация специализированных программ психологической помощи способствует снижению эмоциональной нагрузки, формированию позитивного отношения к своему состоянию и повышению качества жизни больных.

Практическое значение данного исследования заключается в необходимости интеграции психосоциальных интервенций в стандартные схемы лечения и реабилитации пациентов с хроническими заболеваниями для достижения оптимальных результатов и повышения эффективности терапии.

Источники и литература/ Sources and references

1. Бодалев, Ю. М. Психология и медицина / Ю. М. Бодалев, В. В. Воронцов. — Москва: Медицина, 2018. — 256 с.
2. Адаптационные стратегии хронических больных [Электронный ресурс] // КиберЛенинка. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/adaptatsionnye-strategii-hronicheskikh-bolnykh>
3. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство / под ред. А. М. Беляева [и др.]. — Санкт-Петербург, 2017. 453 с.
4. Психические расстройства у больных сахарным диабетом 2-го типа [Электронный ресурс] // Русский медицинский журнал (RMJ). — URL: https://www.rmj.ru/articles/endokrinologiya/Psihicheskie_rasstroystva_ubolynyh_saharnym_diabetom_2-go_tipa/
5. Психологические адаптационные ресурсы личности в условиях здоровья и болезни [Электронный ресурс] // Психологическая газета. — URL: <https://psy.su/feed/11289/>



НЕЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Иконников С. П.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – старший преподаватель А. С. Яковлев

Актуальность. Диагностика, дифференциальная диагностика и терапия когнитивных расстройств – одно из наиболее активно развивающихся научных направлений современности. В первую очередь, это обусловлено значительной распространённостью подобных нарушений в обществе, а также прогнозируемым увеличением заболеваемости в ближайшие годы. Согласно данным эпидемиологических исследований, к 2050 году количество пациентов с когнитивными расстройствами, достигающими стадии деменции, составит 115,4 миллиона человек (для сравнения, в 2006 году их насчитывалось 26,6 миллиона). Высокая частота встречаемости когнитивных расстройств диктует необходимость их ранней диагностики с последующим назначением лечения – желательно, такого, которое оказывало бы влияние на течение болезни. В число нелекарственных методов профилактики и лечения когнитивных расстройств входят: диетотерапия; физические упражнения; когнитивный тренинг (КТ), включая когнитивную стимуляцию; психологические и поведенческие методы коррекции (особое внимание уделяется нормализации сна, духовным практикам, арт-терапии, музыкотерапии); психотерапевтические подходы, медитация и йога.

Ключевые слова: когнитивные расстройства, когнитивный тренинг, арт-терапия.



NON-MEDICINAL TREATMENTS FOR COGNITIVE DISORDERS

Ikonnikov S. P.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor – Senior Lecturer A. S. Yakovlev

Abstract. Diagnosis, differential diagnosis and therapy of cognitive disorders is one of the most actively developing scientific fields of our time. First of all, this is due to the significant prevalence of such disorders in society, as well as the projected increase in morbidity in the coming years. According to epidemiological studies, by 2050, the number of patients with cognitive disorders reaching the stage of dementia will amount to 115.4 million people (for comparison, in 2006 there were 26.6 million). The high incidence of cognitive disorders dictates the need for their early diagnosis and subsequent treatment, preferably one that would have an impact on the course of the disease. Non-medicinal methods of prevention and treatment of cognitive disorders include: diet therapy; physical exercises; cognitive training (CT), including cognitive stimulation; psychological and behavioral correction methods (special attention is paid to sleep normalization, spiritual practices, art therapy, music therapy); psychotherapeutic approaches, meditation and yoga.

Keywords: cognitive disorders, cognitive training, art therapy.

Введение

Когнитивные нарушения — это расстройства познавательных функций мозга, которые проявляются снижением способности человека воспринимать и обрабатывать информацию, обучаться, запоминать, принимать решения, сосредотачиваться.

Возраст возникновения когнитивных нарушений определяется величиной так называемого когнитивного резерва человека. Различают церебральный и



когнитивный резерв. Церебральный резерв представляет собой анатомические особенности: объем черепа, размеры мозга, плотность нейронов и синаптические связи между ними. Под когнитивным резервом подразумевается потенциальная способность к повышению эффективности и расширению объема существующих нейронных путей, а также к созданию новых нейронных связей. Существует предположение, что у людей с высоким церебральным и когнитивным резервом наблюдается большая гибкость когнитивных процессов и большее количество нейронных сетей, что обеспечивает более длительное состояние компенсации на начальных этапах развития когнитивных расстройств.

Когнитивный тренинг

Понимание нейропластичности привело к разработке концепции «тренировки мозга», известной как когнитивный тренинг (КТ). Когнитивный тренинг включает в себя специализированные упражнения и техники, предназначенные для укрепления умственных способностей, таких как память и концентрация. Основные задачи КТ – поддержание высокого уровня интеллектуальной деятельности, укрепление уязвимых когнитивных функций, а также обучение эффективным методам адаптации и/или восстановления. Исходя из этого, выделяют два основных направления когнитивного тренинга: компенсаторный и восстановительный. В рамках компенсаторного тренинга пациенты осваивают новые подходы к решению проблем, опираясь на свои сохранившиеся когнитивные ресурсы. Восстановительный тренинг, напротив, направлен на реабилитацию и улучшение функций, которые пострадали. Проведение когнитивного тренинга начинается с тщательного неврологического и нейропсихологического обследования, позволяющего точно определить характер и степень нарушений.

На основе полученных данных разрабатывается индивидуальный план занятий. Занятия обычно проводятся в удобное для пациента время, с учетом



пожеланий его близких, и рекомендуются 3-5 раз в неделю, продолжительностью 20-35 минут. Слишком интенсивные тренировки могут снизить их результативность. Одним из подходов в когнитивном тренинге является когнитивная стимуляция. Она направлена на повышение качества жизни людей с деменцией, снижение чувства растерянности и уменьшение нежелательного поведения. Когнитивная стимуляция у пациентов с деменцией проводится под наблюдением квалифицированного специалиста и с активным вовлечением членов семьи, осуществляющих уход. Как пациенты, так и их родственники, прошедшие курс стимуляции, отмечают его положительное влияние, в частности, лучшее понимание сложностей повседневной жизни и разработку способов их решения. Кроме того, наблюдается улучшение эмоционального состояния, памяти и общее повышение качества жизни.

Для тренировки оперативной памяти в рамках исследования применялись специальные упражнения, включающие в себя повествование историй и решение арифметических примеров. Пациенты контрольной группы получали исключительно медикаментозное лечение, направленное на борьбу с болезнью Альцгеймера (БА). Изучалось, сможет ли применение когнитивных тренировок (КТ) расширить возможности рабочей памяти, что, как предполагалось, положительно скажется на скорости выполнения задач и развитии абстрактного мышления.

Программа когнитивных тренировок была разработана с учетом индивидуальных особенностей каждого участника. Занятия проводились 3-5 раз в неделю и длились около 15 минут. По итогам исследования, спустя полгода, у пациентов основной группы наблюдалось повышение общего результата по Краткой шкале оценки психического статуса – с 15,8 до 18,2, в то время как у пациентов контрольной группы наблюдалось снижение на 2,5 балла. В основной группе зафиксировано снижение проявлений лобной дисфункции (средний балл



теста «Батарея лобной дисфункции» вырос с 6,6 до 7,7), в контрольной группе существенных изменений не выявлено. Положительное воздействие когнитивных тренировок было отмечено как в отношении тех функций, которые непосредственно тренировались, так и в отношении других когнитивных способностей.

В работе S. Voripuntakul оценивалось влияние когнитивных тренировок на когнитивные способности и биохимические процессы в мозге у пациентов с умеренными когнитивными нарушениями, сопровождающимися амнезией. В исследовании участвовали две группы (экспериментальная и контрольная) по 5 человек в каждой. Экспериментальная группа прошла 18 сессий когнитивных тренировок в течение 6 недель, контрольная группа – без них.

После завершения курса у экспериментальной группы было отмечено заметное улучшение памяти, внимания, а также функций, связанных с регуляцией и контролем. Кроме того, наблюдалось снижение соотношения биомаркеров мио-инозитол/креатин в гиппокампе, префронтальной коре и передней поясной извилине. У пациентов контрольной группы не было зафиксировано положительных изменений ни в когнитивных функциях, ни в нейрохимических показателях. Исследования, посвященные влиянию когнитивных тренировок на здоровых пожилых людей, выявили структурные изменения в мозге: увеличение объема, утолщение и повышение плотности коры головного мозга, а также восстановление целостности белого вещества. [1]

КТ важен не только для улучшения когнитивных способностей, но и для их поддержания, что способствует улучшению или продлению качества бытовой, социальной адаптации. Применение КТ эффективно как на стадии деменции, так и при умеренных когнитивных расстройствах. Исследования показывают, что при соблюдении ряда условий КТ эффективен у пациентов с умеренными когнитивными нарушениями или при легкой деменции:



- 1) обучение навыкам должно сочетаться с их повторным использованием;
- 2) следует опираться на сохранные когнитивные функции;
- 3) необходимо использовать внешние подсказки (рисунки, надписи), которые должны сочетаться с их повторным использованием в повседневной жизни.

Физические упражнения

Помимо компьютерной томографии, физические нагрузки также положительно влияют на познавательные процессы. Как и в случае с КТ, существует множество методик, и единого списка рекомендуемых упражнений или унифицированного протокола не существует. Тем не менее, в научной литературе акцент делается на аэробные тренировки, а также на упражнения с сопротивлением, растяжку, силовые и балансирующие упражнения, а также на обучение выполнению заданий с двойной нагрузкой. Рассмотрим результаты исследований, касающихся некоторых из этих методик.

W. Schmidt и его коллеги продемонстрировали положительное влияние физической активности на состояние головного мозга, сердечно-сосудистой системы и когнитивные функции у пациентов. Они отметили благотворное воздействие на ангиогенез и артериогенез, то есть на образование новых капилляров и увеличение диаметра уже существующих сосудов. Это, в свою очередь, способствует улучшению мозгового кровотока, что ведет к более эффективному усвоению мозгом питательных веществ и кислорода.

S. Colcombe и A. F. Kramer провели анализ 18 исследований, посвященных влиянию физических упражнений на когнитивные способности пожилых людей. Участников разделили на три группы: молодые пожилые (55-65 лет), пожилые люди среднего возраста (66-70 лет) и пожилые люди старшего возраста (71 год и старше). Исследовались два типа тренировок: аэробные и силовые с использованием сопротивления. Результаты показали, что наилучшие достижения наблюдались у пожилых людей среднего возраста (66-70 лет), которые занимались



по программе смешанных тренировок (сочетание силовых и аэробных нагрузок). При этом более длительные занятия оказались более эффективными, в то время как краткосрочные упражнения имели незначительное влияние на когнитивные функции.

Т. Suzuki и его коллеги провели исследование, посвященное влиянию мультикомпонентных упражнений на когнитивные способности пожилых людей с умеренными амнестическими когнитивными нарушениями. В исследовании участвовали 50 человек, из которых 27 были мужчинами, в возрасте от 65 до 93 лет. Участников разделили на две группы: основную и контрольную. Пациенты основной группы занимались мультикомпонентными физическими упражнениями под наблюдением физиотерапевта. Занятия длились 90 минут и проводились дважды в неделю в течение года, что в итоге составило 80 занятий за 12 месяцев. Контрольная группа посещала три образовательных курса, посвященных вопросам здоровья, также в течение 12 месяцев. Средний уровень приверженности участников к выполнению программ составил 79,2%. Результаты исследования показали, что физические упражнения способствуют улучшению или, по крайней мере, поддержанию когнитивных функций у пожилых людей с амнестическими нарушениями: прогрессирование когнитивных расстройств у пациентов основной группы не наблюдалось. [2]

Другие пути нелекарственного воздействия

Среди нефармакологических методов терапии особое внимание следует уделить психотерапии, медитации и занятиям йогой.

В одном из исследований, целью которого было оценить влияние медитативных практик на нейронные сети и структуры гиппокампа у пациентов с умеренными когнитивными расстройствами, были получены следующие результаты: регулярные занятия медитацией и снижение уровня стресса способствовали укреплению функциональных связей между задней поясной корой,



билатеральной медиальной префронтальной корой и левым гиппокампом. У участников основной группы, которые регулярно медитировали и демонстрировали статистически значимо более низкий уровень стресса, также наблюдалась тенденция к меньшей атрофии гиппокампа с обеих сторон по сравнению с контрольной группой, где медитация не практиковалась. В исследовании приняли участие 14 человек в возрасте от 55 до 90 лет.

Критериями исключения из исследования были выраженные структурные изменения в головном мозге, а также наличие опыта регулярной медитации или занятий йогой. У людей с значительным опытом медитации наблюдается статистически значимо больший объем гиппокампа по сравнению с пациентами контрольной группы того же возраста, не практикующими медитацию. Мы также хотели бы обратить внимание на применение музыкотерапии. Согласно наблюдениям А. Sachdeva и его коллег, в работе с пациентами, страдающими от когнитивных нарушений, используются как активная, так и рецептивная музыкотерапия.

В первом случае пациенты активно участвуют в музыкальном процессе, исполняя песни, играя на инструментах, импровизируя или танцуя. Во втором случае они просто слушают музыку, которую выбирает терапевт. Исследования показывают, что когнитивные нарушения реже встречаются у музыкантов и тех, кто часто играет на музыкальных инструментах. Более того, музыка как форма досуга оказывает значительное влияние на когнитивные функции.

Отдельного внимания заслуживает широко распространенный и продолжающий набирать популярность метод арт-терапии.

Термин «арт-терапия» был введен художником Эдрианом Хиллом в 1940 году. Сегодня он обозначает метод психотерапии, опирающийся на искусство и творчество. Изначально арт-терапия применялась в лечении больных туберкулезом. Современные исследования свидетельствуют о ее позитивном



влиянии на когнитивные функции и поведение у пациентов с деменцией, улучшении самооценки, коммуникативных навыков, а также снижении тревоги и депрессии. [3,4]

Питание

В ряде исследований рассматривается связь между питанием, развитием и динамикой когнитивных нарушений. Диета, содержащая мало животных жиров и богатая рыбой, овощами, фруктами и оливковым маслом, положительно влияет на когнитивные функции. Существует несколько предполагаемых механизмов этого воздействия, включая антиоксидантный эффект, профилактику сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта, а также положительное влияние на амилоидогенез. Однако, когда речь идет о уже диагностированной деменции, особенно болезни Альцгеймера (БА), влияние пищевых предпочтений на когнитивные функции остается предметом обсуждения. В исследовании М.С. Морриса, в котором участвовали 3700 пожилых людей, соблюдение диетических рекомендаций показало статистически значимое снижение риска развития когнитивных расстройств. В то же время, у пациентов с БА диета, богатая антиоксидантами, не продемонстрировала значительного влияния на скорость прогрессирования и выраженность когнитивных нарушений.

Заключение

В настоящее время врачи, работающие с пациентами, страдающими когнитивными нарушениями, располагают широким арсеналом нефармакологических методов терапии, которые продемонстрировали свою эффективность в многочисленных исследованиях. Нелекарственные методы не следует рассматривать как замену медикаментозному лечению. Только комплексный подход, объединяющий фармакологические и нефармакологические стратегии, а также взаимодействие с родственниками пациентов, может привести к



значимым результатам, замедляя прогрессирование заболевания и зачастую улучшая когнитивные функции.

Источники и литература/ Sources and references

1. Ляо, Ин-Йи и др. «Использование тренировок на основе виртуальной реальности для улучшения когнитивных функций, повседневной деятельности и нейронной активности у пожилых людей с лёгкими когнитивными нарушениями». Европейский журнал физической и реабилитационной медицины том 56, № 1 (2020): 47-57. doi:10.23736/S1973-9087.19.05899-4

2. Гавелин, Ханна Мальмберг и др. «Комбинированные физические и когнитивные тренировки для пожилых людей с когнитивными нарушениями и без них: систематический обзор и сетевой метаанализ рандомизированных контролируемых исследований». Обзоры исследований старения том 66 (2021): 101232. doi: 10.1016/j.arr.2020.101232

3. Махендран, Рати и др. «Арт-терапия связана с устойчивым улучшением когнитивных функций у пожилых людей с лёгкими нейрокогнитивными расстройствами: результаты пилотного рандомизированного контролируемого исследования арт-терапии и музыкальной деятельности, основанной на воспоминаниях, по сравнению с обычным лечением». Trials том 19, 1 615. 9 ноября 2018 г., doi:10.1186/s13063-018-2988-6

4. Ченселлор, Бри и др. «Арт-терапия при болезни Альцгеймера и других видах деменции». Журнал «Болезнь Альцгеймера: JAD» том 39, № 1 (2014): 1-11. doi:10.3233/JAD-131295



**ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР: ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ
ГРУПП ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Кажымуканов Ж. Б. Алдажар А. К., Болатбекова А. Д.

Кафедра психиатрии и наркологии

НАО «Медицинский Университет Семей»,

Республика Казахстан, г. Семей

Научный руководитель – ассистент А. А. Алмагамбетова

Аннотация. В статье представлен всесторонний анализ современных научных данных о психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением различных групп психоактивных веществ (ПАВ). Рассмотрены эпидемиология, нейробиологические механизмы зависимости и психозов, клинические характеристики и прогностические факторы. Особое внимание уделено влиянию каннабиноидов, психостимуляторов, опиоидов и новых синтетических психоактивных веществ (NPS) на психическое здоровье, когнитивные функции и риск перехода индуцированных психозов в хронические эндогенные заболевания. На основе анализа 25 ключевых исследований 2016–2024 гг. выявлены современные тенденции, проблемы диагностики и терапии, а также направления дальнейших исследований.

Ключевые слова: психоактивные вещества, зависимость, психоз, когнитивные нарушения, каннабиноиды, психостимуляторы, опиоиды, синтетические наркотики, коморбидность, шизофрения.

**LITERARY REVIEW: MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS
CAUSED BY THE USE OF VARIOUS GROUPS
OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES**

Kazymukanov Zh. B., Aldazhar A. K., Bolatbekova A. D.

Department of Psychiatry and Narcology

Semey Medical University, Republic of Kazakhstan, Semey



Abstract. The article presents a comprehensive analysis of modern scientific data on mental and behavioral disorders caused by the use of various groups of psychoactive substances (surfactants). The epidemiology, neurobiological mechanisms of addictions and psychoses, clinical characteristics and prognostic factors are considered. Special attention is paid to the effects of cannabinoids, psychostimulants, opioids and new synthetic psychoactive substances (NPS) on mental health, cognitive functions and the risk of transition from induced psychoses to chronic endogenous diseases. Based on the analysis of 25 key studies from 2016-2024, current trends, problems of diagnosis and therapy, as well as directions for further research have been identified.

Keywords: psychoactive substances, addiction, psychosis, cognitive impairment, cannabinoids, psychostimulants, opioids, synthetic drugs, comorbidity, schizophrenia.

Введение

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением ПАВ, представляют собой сложную клиническую проблему, сочетающую патогенез зависимости и психических заболеваний. По данным ВОЗ, к 2023 году более 35 млн человек во всём мире страдают от расстройств, связанных с употреблением наркотиков, что оказывает значительное бремя на системы здравоохранения и социальную сферу (WorldHealthOrganization, 2023). По классификации DSM-5-TR (APA, 2022), выделяются расстройства, непосредственно индуцированные веществами (интоксикация, психоз, абстиненция) и коморбидные состояния, сочетающие зависимость с хроническими психическими заболеваниями.

Хроническое употребление ПАВ часто приводит к формированию устойчивых психотических и когнитивных нарушений, усугубляющих социальную дезадаптацию и ухудшающих прогноз. Особый интерес вызывают механизмы перехода субстанционно-индуцированных психозов в шизофрению и



шизофреноподобные расстройства, что подтверждают мета-анализы и крупные когортные исследования (Starzeretal., 2018; Murrieetal., 2020; Arendt&Munk-Jørgensen, 2020).

Объекты и методы исследования

Объект исследования — психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением различных ПАВ.

Методология: систематический обзор 25 источников, включающих клинические, когортные, мета-анализы и нейробиологические исследования. Основныебазы: PubMed, Scopus, CyberLeninka, Frontiers in Psychiatry, The Lancet Psychiatry, New England Journal of Medicine.

Анализ охватывает данные по следующим группам ПАВ:

- Каннабиноиды;
- Психостимуляторы (амфетамины, кокаин, метамфетамин);
- Опиоиды;
- Новые синтетические психоактивные вещества (NPS).

Результаты

В ходе анализа 25 ключевых исследований выявлены комплексные и многоуровневые аспекты психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением различных групп психоактивных веществ (ПАВ).

1. Распространённость и клинические характеристики: Эпидемиологические данные подтверждают высокую распространённость психических расстройств у лиц с ПАВ-зависимостью. В среднем до 40% пациентов с зависимостью испытывают психотические симптомы, а коморбидные расстройства

наблюдаются у 50–60% (Jones&Compton, 2023; Håkansson&Jesionowska, 2021). Психотические расстройства индуцируются разными группами ПАВ с характерными клиническими проявлениями:



- **Каннабиноиды** вызывают преимущественно параноидальные бредовые идеи, слуховые галлюцинации, тревожно-депрессивную симптоматику (Blest-Herbert et al., 2022; Wilson et al., 2018).

- **Психостимуляторы** сопровождаются острыми параноидными психозами с агрессией, двигательным возбуждением и сенсорными галлюцинациями (Селиванова, 2021; Mauri et al., 2021).

- **Опиоиды** чаще ассоциируются с аффективными расстройствами, хронической депрессией и тревогой, менее выражены психотические симптомы (Поляков & Зверева, 2022).

- **Новые синтетические психоактивные вещества (NPS)** вызывают острые психотические эпизоды высокой интенсивности с частой резистентностью к терапии и ухудшением когнитивных функций (Daswani et al., 2024; Han & Palamar, 2024).

2. **Нейробиологические механизмы:** Хроническое употребление ПАВ сопровождается дисфункцией дофаминовой системы и нарушением баланса между лимбическими структурами и префронтальной корой, что формирует нейробиологическую основу как зависимости, так и психотических расстройств (Volkow et al., 2016; Gica et al., 2022). Изменения когнитивных функций, в частности в сфере внимания, памяти и исполнительных функций, отмечены у потребителей каннабиса и психостимуляторов, усугубляя социальную дезадаптацию и снижая эффективность терапии (Laurenset al., 2022; Gica et al., 2022).

3. **Прогноз и переход в хронические расстройства:** Значительная часть субстанционно-индуцированных психозов (от 20 до 40%) переходит в хронические шизофренические или шизофреноподобные состояния, особенно при наличии факторов риска: ранний дебют употребления, высокий уровень потребления, семейный анамнез психозов (Starzer et al., 2018; Murrie et al., 2020; Arendt & Munk-Jørgensen, 2020). Коморбидность зависимостей с психическими расстройствами



усложняет клиническую картину, приводит к более частым рецидивам и снижает качество жизни пациентов (Więskiewiczetal., 2021; Беляев, 2023).

4. Особенности терапии и вызовы клинической практики: Современные подходы к лечению включают фармакотерапию, психотерапию и социальную реабилитацию. Однако сложность коморбидных состояний и высокая вариативность клинических проявлений требуют индивидуального подхода и интеграции междисциплинарных методов (Поляков & Зверева, 2022; Więskiewiczetal., 2024). Особое внимание уделяется профилактике рецидивов и мониторингу когнитивных функций для улучшения долгосрочных исходов.

5. Опиоиды и депрессивные расстройства: Опиоидная зависимость чаще всего ассоциируется с тревожно-депрессивными состояниями, снижением мотивации и апатией (Maurietal., 2021; Поляков и Зверева, 2022). Håkansson и Jesionowska (2021) отмечают высокий уровень суицидального риска и эмоциональной дисрегуляции у лиц с опиоидной зависимостью. Когнитивные нарушения выражены меньше, чем при употреблении стимуляторов, однако риск хронификации аффективных расстройств выше.

6. Новые синтетические психоактивные вещества (NPS): С 2015 года наблюдается стремительный рост употребления синтетических катинонов и каннабиноидов. Эти вещества обладают мощным психостимулирующим и психотропным действием.

Daswanietal. (2024) в мета-анализе показали, что частота психозов у потребителей катинонов достигает 36%, а у 10–15% формируется хронический шизофреноподобный синдром. Han&Palamar (2024) отмечают, что NPS-психозы часто устойчивы к стандартной антипсихотической терапии и сопровождаются стойкими когнитивными нарушениями.



7. Коморбидность и прогноз: Коморбидность зависимостей и психических расстройств — одна из наиболее сложных проблем клинической психиатрии. Arendt & Munk-Jørgensen (2020), Vancampfort et al. (2021) и Więckiewicz et al. (2024) указывают, что сочетание зависимости и психоза значительно ухудшает прогноз, повышает риск рецидивов и снижает эффективность лечения. По данным Jones & Compton (2023), коморбидные расстройства выявляются у 40–60% пациентов с психозами, индуцированными ПАВ.

Российское исследование (Беляев, 2023; Селиванова, 2021) подтверждают, что у значительной части больных наблюдается переход психозов в хронические формы с выраженными личностными изменениями.

Заключение

Психические и поведенческие расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ, представляют собой серьёзную медико-социальную проблему, требующую комплексного понимания и многоаспектного подхода к диагностике и лечению. Результаты анализа последних исследований подтверждают, что разные группы ПАВ обладают специфическими психопатологическими эффектами, обусловленными уникальными нейробиологическими механизмами. Каннабиноиды, психостимуляторы, опиоиды и новые синтетические вещества вызывают широкий спектр психических нарушений — от кратковременных психозов до хронических и инвалидизирующих состояний. Особое значение имеет высокий риск трансформации субстанционно-индуцированных психозов в хронические шизофренические и другие шизофренические расстройства, что требует ранней диагностики и комплексной терапии с учётом биопсихосоциальных факторов. Коморбидность расстройств, высокая частота рецидивов и когнитивных нарушений создают значительные трудности в клиническом ведении пациентов и подчеркивают необходимость разработки новых



терапевтических протоколов и программ реабилитации. Перспективы дальнейших исследований видятся в изучении генетических и нейробиологических маркеров риска, а также в разработке инновационных методов лечения, направленных на восстановление нейропластичности и улучшение когнитивных функций. Таким образом, эффективное решение проблемы психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ, требует интеграции усилий клиницистов, исследователей и социальных служб с целью снижения бремени заболевания и улучшения качества жизни пациентов.

Источники и литература/ Sources and references

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., DSM-5-TR). Washington, DC: APA Publishing, 2022. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
2. World Health Organization. *World Drug Report 2023: Drug use and health consequences*. Geneva: WHO, 2023.
3. Starzer, M.S.K., Nordentoft, M., Hjorthøj, C. (2018). Rates and predictors of conversion from substance-induced psychosis to schizophrenia: a nationwide cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 175(4), 343–350. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17020223>
4. Wilson, L., Szigeti, A., Kearney, A., Clarke, M. (2018). Clinical characteristics of primary psychotic disorders with comorbid substance abuse. *Psychiatry Research*, 267, 221–227. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.007>
5. Arendt, M., Munk-Jørgensen, P. (2020). Substance-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: A review. *Frontiers in Psychiatry*, 11: 534. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00534>
6. Mauri, M.C., Volonteri, L.S., De Gaspari, I.F., et al. (2021). Substance abuse and psychiatric comorbidity: a systematic review. *European Review for Medical and*



Pharmacological Sciences, 25(4), 1750–1765.

URL: https://doi.org/10.26355/eurrev_202102_24892

7. Håkansson, A., Jesionowska, V. (2021). Associations between substance use and mental health in individuals with substance use disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 12: 640222. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.640222>

8. Murrie, B., Lappin, J., Large, M. (2020). Transition of substance-induced psychoses to schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 46(3), 505–516. URL: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz102>

9. Blest-Herbert, C., Degenhardt, L., Hall, W. (2022). Cannabis use and the risk of psychosis and affective disorders: A review of meta-analyses. *The Lancet Psychiatry*, 9(7), 568–581. URL: <https://doi.org/10.1016/>

10. Jones, C.M., Compton, W.M. (2023). Epidemiology of substance use and related psychiatric disorders. *New England Journal of Medicine*, 389(3), 243–255. URL: <https://doi.org/10.1056/NEJMr2300790>

11. Беляев, А.В. (2023). Психозы, индуцированные употреблением психоактивных веществ: диагностика и прогноз. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 123(8), 56–62.

12. Поляков, С.В., Зверева, Н.А. (2022). Психические и поведенческие расстройства при употреблении наркотических средств: клинические проявления и терапия. *Наркология*, № 11, с. 25–33. URL: <https://cyberleninka.ru>

13. Volkow, N.D., Koob, G.F., McLellan, A.T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371. URL: <https://doi.org/10.1056/NEJMr1511480>

14. Селиванова, Е.А. (2021). Поведенческие и эмоциональные нарушения при зависимости от психостимуляторов. *Современная психология и психотерапия*, № 2, с. 45–52.



15. Han, B.H., Palamar, J.J. (2024). Emerging psychoactive substances and their psychiatric consequences: A review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1179823. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1179823>
16. Gicas K. M., Parmar P. K., Fabiano G. F., Mashhadi F. (2022). *Substance-induced psychosis and cognitive functioning: A systematic review*. *Psychiatry Research*, 308, 114361. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114361>
17. Murrie B., Lappin J., Large M., Sara G. (2020). *Transition of Substance-Induced, Brief, and Atypical Psychoses to Schizophrenia: A Systematic Review*
18. *and Meta-analysis*. *Schizophrenia Bulletin*, 46(3), 505-516. URL: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz102>
19. Arendt M., Munk-Jørgensen P. (2020). *Substance-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: A review*. *Frontiers in Psychiatry*, 11:534. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00534>
20. Håkansson A., Jesionowska V. (2021). *Associations between substance use and mental health in individuals with substance use disorders*. *Frontiers in Psychiatry*, 12:640222. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.640222>

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕВРАСТЕНИИ

Калиева М. А., Абдоллаева А. Б. Тютенова А. Е. Бауыржанова К. Б.

Кафедра психиатрии и наркологии

НАО «Медицинский Университет Семей»,

Республика Казахстан, г. Семей

Научный руководитель – ассистент А. А. Алмагамбетова

Аннотация. В статье рассматриваются особенности проявления неврастения и возможности её коррекции средствами когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). На основе проведённого анкетирования выявлены характерные признаки неврастенического состояния, включающие повышенную утомляемость,



раздражительность, трудности концентрации внимания и склонность к самокритике. Большинство респондентов демонстрируют осознание влияния мыслей на эмоциональное состояние и готовность к изменениям, что подтверждает эффективность КПТ как метода психотерапевтического воздействия. Показано, что применение когнитивно-поведенческих техник способствует снижению уровня тревожности, формированию навыков эмоциональной саморегуляции и повышению стрессоустойчивости. Результаты исследования подтверждают, что когнитивно-поведенческая терапия является действенным подходом в лечении неврастения и способствует восстановлению психологического равновесия и качества жизни пациентов.

Ключевые слова: неврастения; когнитивно-поведенческая терапия; тревожность; эмоциональное выгорание; саморегуляция; стресс; психокоррекция.

THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN NEURASTHENIA

Kalieva M. A., Abdollaeva A. B. Tyutenova A. E. Bauyrzhanova K. B.

Department of Psychiatry and Narcology

Semey Medical University, Republic of Kazakhstan, Semey

Supervisor – Assistant A. A. Almagambetova

Abstract. The article discusses the features of the manifestation of neurasthenia and the possibility of its correction by means of cognitive behavioral therapy (CBT). Based on the survey, characteristic signs of a neurotic condition were identified, including increased fatigue, irritability, difficulty concentrating, and a tendency to self-criticism. The majority of respondents demonstrate awareness of the influence of thoughts on their emotional state and willingness to change, which confirms the effectiveness of CBT as a method of psychotherapeutic influence. It has been shown that the use of cognitive behavioral techniques helps to reduce anxiety levels, develop emotional self-regulation



skills, and increase stress tolerance. The results of the study confirm that cognitive behavioral therapy is an effective approach in the treatment of neurasthenia and helps restore psychological balance and quality of life in patients.

Keywords: neurasthenia; cognitive behavioral therapy; anxiety; emotional burnout; self-regulation; stress; psychocorrection.

Введение

Неврастения, как психическое расстройство, была впервые описана в конце XIX — начале XX века как синдром хронической утомляемости, эмоциональной лабильности и снижения функциональной активности человека. В современной психиатрии неврастения рассматривается как расстройство адаптации с выраженной эмоциональной и физической истощаемостью, которое сопровождается нарушениями внимания, памяти, снижения работоспособности и повышенной раздражительностью. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность неврастении варьируется в разных странах, однако отмечается устойчивый рост случаев у лиц трудоспособного возраста, что делает проблему значимой как для клинической психиатрии, так и для психологической практики [1, 2].

Одной из ключевых особенностей неврастении является сочетание психологических и соматических проявлений. Пациенты нередко жалуются на хроническую усталость, мышечное напряжение, головные боли, нарушения сна и снижение концентрации внимания. Эти симптомы, несмотря на отсутствие выраженной органической патологии, существенно снижают качество жизни и профессиональную эффективность. В этом контексте важным является поиск эффективных терапевтических подходов, способных не только облегчить симптоматику, но и способствовать устойчивой психологической адаптации [3,4].



Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является одним из наиболее изученных и эффективных психотерапевтических методов, направленных на изменение дисфункциональных когний, поведенческих стратегий и эмоциональных реакций. КПТ сочетает элементы когнитивной реконструкции — работы с негативными убеждениями и автоматическими мыслями — с поведенческими интервенциями, включая формирование новых навыков адаптации, релаксационных техник и модификацию привычного образа жизни. В последние десятилетия многочисленные исследования демонстрируют эффективность КПТ при различных психосоматических и стресс-обусловленных расстройствах, включая тревожные расстройства, депрессивные состояния и синдром хронической усталости [5,6].

Применение КПТ при неврастении представляется особенно перспективным, так как данный метод позволяет воздействовать как на психологические, так и на поведенческие компоненты синдрома. Исследования показывают, что пациенты, проходящие когнитивно-поведенческую терапию, отмечают снижение утомляемости, улучшение эмоционального состояния, повышение работоспособности и качества жизни. Однако, несмотря на существующие данные, вопросы оптимизации протоколов КПТ для пациентов с неврастением остаются предметом активного изучения [7, 8].

Таким образом, актуальность исследования когнитивно-поведенческой терапии при неврастении обусловлена высокой распространенностью данного состояния, его влиянием на функциональное и социальное благополучие человека, а также необходимостью разработки и внедрения доказательных психотерапевтических подходов. Целью данной статьи является анализ эффективности когнитивно-поведенческих методов в лечении неврастения и определение ключевых механизмов, обеспечивающих терапевтический эффект.



Результаты и их обсуждение

Первичное анкетирование позволило выявить психологические особенности респондентов, испытывающих симптомы неврастения. До начала программы когнитивно-поведенческой терапии большинство участников демонстрировали высокий уровень психоэмоционального истощения и трудности адаптации к стрессовым нагрузкам. Так, 58,6 % опрошенных сообщили, что часто чувствуют усталость даже при достаточном сне, что отражает проявления хронического переутомления и недостаточного восстановления нервной системы. Почти половина респондентов (51,7 %) отметили трудности концентрации внимания на работе или учёбе, что типично для неврастенических состояний, сопровождающихся снижением когнитивной продуктивности.

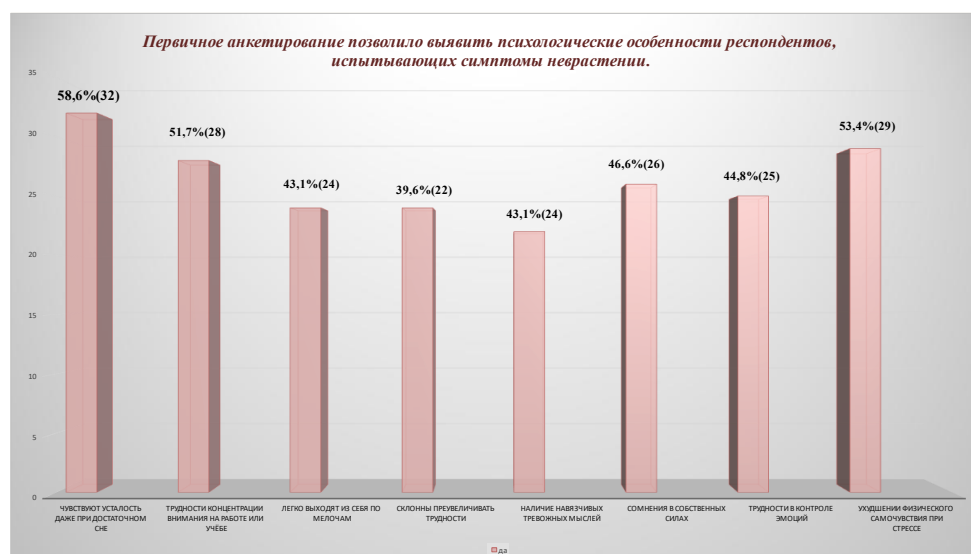
Показатель раздражительности также оказался значительным — 43,1 % опрошенных признались, что легко выходят из себя по мелочам. После конфликтных ситуаций или стрессовых воздействий долго не могли успокоиться 46,6 % участников, что указывает на повышенную эмоциональную реактивность и низкую стрессоустойчивость.

Когнитивные и аффективные признаки неврастения проявились в склонности к катастрофизации и негативному мышлению: 43,1 % респондентов отметили, что склонны преувеличивать трудности, 39,6 % — наличие навязчивых тревожных мыслей, а 46,6 % часто испытывали сомнения в собственных силах. У 44,8 % наблюдались трудности в контроле эмоций, а 53,4 % сообщили об ухудшении физического самочувствия при стрессе, что подтверждает психосоматический компонент данного состояния.

Отдельного внимания заслуживает блок вопросов, связанных с навыками саморегуляции. До начала программы лишь 43,1 % участников отмечали способность расслабляться даже в спокойной обстановке, а 46,6 % испытывали постоянное чувство вины и самокритику. При этом только 56,9 % осознавали



взаимосвязь между своими мыслями и эмоциональным состоянием, что указывает на недостаточную когнитивную осознанность. Навыками переоценки негативных мыслей владели 56,9 % участников, а применение техник релаксации (дыхание, визуализация и т. д.) отмечали 62,1 %, что говорит о частичном знании, но не всегда системном применении методов самопомощи.

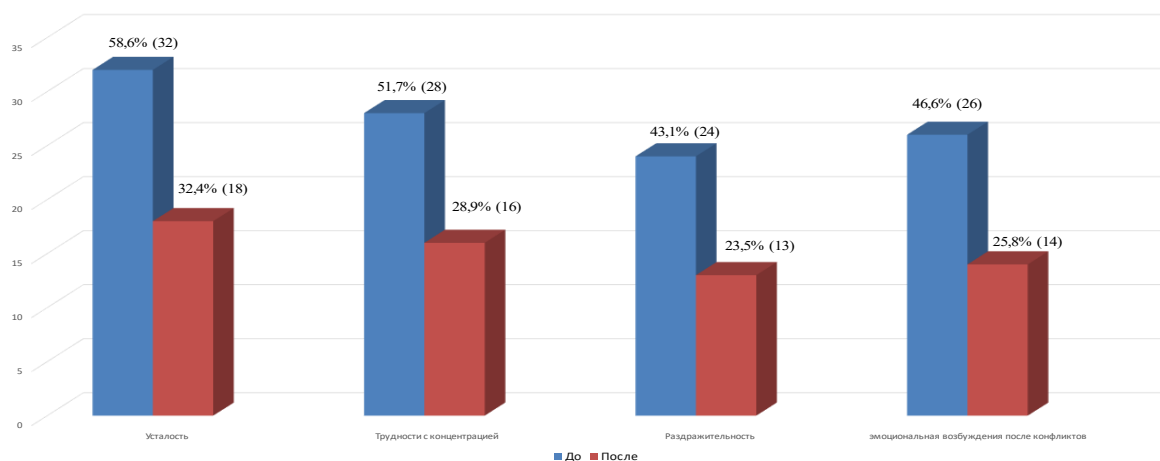


После прохождения восьминедельной программы когнитивно-поведенческой терапии отмечены выраженные положительные изменения по всем параметрам. Доля участников, сообщивших о частой усталости, снизилась с 58,6 % до 32,4 %. Количество тех, кто испытывал трудности с концентрацией, сократилось с 51,7 % до 28,9 %. Уровень раздражительности уменьшился с 43,1 % до 23,5 %, а случаев затяжного эмоционального возбуждения после конфликтов — с 46,6 % до 25,8 %. Это свидетельствует об улучшении эмоциональной устойчивости и снижении уровня внутреннего напряжения.



Когнитивные показатели также продемонстрировали позитивную динамику. Склонность преувеличивать трудности снизилась с 43,1 % до 21,3 %, а частота навязчивых тревожных мыслей — с 39,6 % до 19,7 %. Участники стали лучше контролировать эмоции: число затрудняющихся в этом аспекте сократилось с 44,8 % до 24,6 %. Количество опрошенных, у которых стресс вызывал ухудшение физического состояния, уменьшилось с 53,4 % до 29,8 %, что указывает на нормализацию психосоматических реакций.

В отношении поведенческих стратегий также зафиксированы положительные изменения. Доля респондентов, применяющих техники релаксации, выросла с 62,1 % до 85,7 %, а тех, кто планирует отдых и рационально распределяет нагрузку, — с 62,1 % до 80,2 %. После консультаций с психотерапевтом улучшение эмоционального состояния отмечали 75,4 % участников (до — 55,2 %). Осознание влияния стресса на тело и эмоции повысилось с 53,4 % до 81,6 %.



Показатель готовности работать над собой и менять привычные модели мышления увеличился с 60,3 % до 86,4 %, а вера в собственные возможности справиться с неврастением с помощью психотерапии — с 58,6 % до 84,9 %. Эти данные демонстрируют значительное усиление внутренней мотивации, рост уверенности и формирование активной жизненной позиции у участников.

	До прохождения терапии	После прохождения терапии
Способны расслабиться даже в спокойной обстановке	43,1 (24)	71,4 % (39)
Чувство вины и самокритики сохранялось	46,6 % (26)	28,6 % (16)
Осознание влияния мыслей на эмоции возросло	56,9 % (31)	82,1 % (31)
Показатель готовности работать над собой и менять привычные модели мышления	60,3 % (33)	86,4 % (48)
Вера в собственные возможности справиться с неврастением с помощью психотерапии	58,6 % (32)	84,9 % (47)

Таким образом, сравнительный анализ результатов «до» и «после» проведения программы когнитивно-поведенческой терапии свидетельствует о



выраженном положительном эффекте вмешательства. Наблюдается комплексное улучшение когнитивных, эмоциональных и поведенческих компонентов психического состояния. Снижение утомляемости, раздражительности и тревожности сопровождается повышением осознанности, самоконтроля и способности применять адаптивные стратегии совладания со стрессом. Это подтверждает эффективность когнитивно-поведенческого подхода как одного из наиболее результативных направлений психотерапии при неврастении.

Заключение

В целом, полученные данные показывают, что значительная часть обследованных демонстрирует признаки, характерные для неврастенического состояния: хроническую усталость, когнитивное напряжение, раздражительность и эмоциональную неустойчивость. Эти результаты подтверждают необходимость внедрения когнитивно-поведенческой терапии как метода, способствующего формированию рациональных убеждений, снижению уровня внутреннего напряжения и развитию эффективных копинг-стратегий. КПТ позволяет корректировать негативные автоматические мысли, обучать пациента навыкам эмоционального контроля и рациональной переработке стрессовых ситуаций, что в конечном итоге способствует снижению выраженности симптомов неврастения и повышению качества жизни пациентов [9].

В совокупности результаты анкетирования показывают, что значительная часть респондентов демонстрирует когнитивные и эмоциональные особенности, типичные для неврастенического спектра: склонность к катастрофизации, трудности с контролем эмоций, сомнения в собственных силах и выраженную взаимосвязь между стрессом и физическим состоянием. Эти данные подтверждают высокую актуальность применения когнитивно-поведенческой терапии при неврастении, так как данный подход позволяет не только корректировать



дезадаптивные когнитивные установки, но и формировать устойчивые модели психологического и физиологического самоконтроля.

Анализ полученных данных показывает, что значительная часть респондентов демонстрирует как симптомы эмоционального и когнитивного перенапряжения, так и осознанные попытки к их коррекции. Выраженная склонность к самокритике, трудности с расслаблением и постоянное ощущение внутреннего напряжения сочетаются с пониманием влияния мыслей на настроение и готовностью применять методы саморегуляции. Это сочетание указывает на высокий потенциал применения когнитивно-поведенческой терапии при неврастении, поскольку КПТ ориентирована на формирование устойчивых навыков осознанного контроля над мыслями, эмоциями и поведением, что способствует постепенному снижению симптомов и восстановлению психологического равновесия [10,11].

В целом анализ результатов показывает, что большинство респондентов демонстрируют выраженную готовность к изменениям, осознанное отношение к стрессу и положительное восприятие психотерапии как средства восстановления. При этом сохраняются отдельные проявления эмоционального напряжения, тревожности и самокритики, требующие психокоррекционной работы. Полученные данные подтверждают, что когнитивно-поведенческая терапия при неврастении является не только эффективным, но и востребованным направлением психологической помощи. Её применение способствует развитию стресс-осознанности, формированию навыков саморегуляции и укреплению веры в собственные возможности, что в совокупности обеспечивает устойчивое снижение симптоматики и повышение качества жизни.

Проведённое исследование показало, что у значительной части респондентов присутствуют признаки эмоционального и когнитивного перенапряжения, характерные для неврастения: повышенная утомляемость,



трудности с концентрацией, раздражительность, самокритика и снижение способности к расслаблению [12]. Вместе с тем большинство участников осознают влияние мыслей на эмоциональное состояние, готовы работать над собой, применять рекомендации психолога и использовать техники саморегуляции. Это свидетельствует о высокой эффективности и целесообразности применения когнитивно-поведенческой терапии при неврастении, так как данный подход способствует снижению уровня тревожности, восстановлению психологического равновесия и формированию устойчивых адаптивных стратегий поведения.

Источники и литература/ Sources and references

1. Bhola P., et al. Neurasthenia: tracing the journey of a protean malady. ...2020. PMID 32378431.
2. Lee MH., et al. Review on Diagnostic Criteria of Neurasthenia. ...2017. PMC article.
3. Starcevic V. Neurasthenia: cross-cultural and conceptual issues in relation to chronic fatigue syndrome. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999;21(4):249-55. PMID 10514948.
4. Stubhaug B., Lie SA., Ursin H., Eriksen HR. Cognitive-behavioural therapy v. mirtazapine for chronic fatigue and neurasthenia: randomised placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2008;192(3):217-23. DOI:10.1192/bjp.bp.106.031815. PMID 18310583.
5. Price JR., Mitchell E., Tidy E., Hunot V. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;CD001027. PMC article.
6. VAn de Leur JC., et al. Psychological Treatment of Exhaustion Due to Persistent Non-... (ENTS). PMC article. 2023.
7. Geraghty K., et al. The 'cognitive behavioural model' of chronic fatigue syndrome. ...2019. PMC article.



8. Yuan S., et al. Neural Effects of Cognitive Behavioral Therapy in ... (psychiatric disorders). *Frontiers in Psychology*. 2022;13:853804. DOI and PMC article.
9. Chutko LS., et al. Neurasthenia: State-of-the-art and therapeutic approaches. *NP & P*. 2013. (интернациональное издание) (nnp.ima-press.net)
10. Mak KY. The interesting but confusing phenomenon of neurasthenia. ...2001.
11. Kristyaningrum N. Cognitive behavioural therapy for the treatment of neurasthenia disorders: Pilot study. *J Ilmiah Psikologi*. 2022;24(1):35-50. (ejurnal.mercubuana-yogya.ac.id)
12. Hendriks GJ., et al. Cognitive behavioural therapy and third-wave approaches for older adults: a systematic review. ...2024. PMC article.

ЗДОРОВЫЙ НАРЦИССИЗМ, НАРЦИССИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ И ИХ ПРОЯВЛЕНИЕ В СОЦИУМЕ

Калинина М. 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 данной статье рассмотрены ключевые признаки здорового нарциссизма, нарциссического расстройства личности и их проявление в социуме. Указаны диагностические критерии для постановки диагноза нарциссического расстройства личности. Предоставлены результаты анкетирования методом опросника и теста Роршаха.

Ключевые слова: здоровый нарциссизм, нарциссическое расстройство личности, эмпатия, конфликтность.



HEALTHY NARCISSISM, NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER AND THEIR MANIFESTATIONS IN SOCIETY

Kalinina M. V.

Department of Psychiatry, Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Senior Lecturer A. S. Yakovlev

Abstract. This article examines the key characteristics of healthy narcissism, narcissistic personality disorder, and their social manifestations. It outlines the diagnostic criteria for narcissistic personality disorder and presents the results of questionnaires and the Rorschach test.

Keywords: healthy narcissism, narcissistic personality disorder, empathy, conflict sensitivity.

Введение

Нарциссизм представляет собой характеристику личности, которая проявляется в чрезмерной самовлюблённости, потребности в восхищении и недостатком эмпатии к окружающим. [1] В психологии и психиатрии данная черта рассматривается как континуум проявлений, начиная от здорового самоуважения и заканчивая нарциссическим расстройством личности. [4] Нарциссизм влияет на качество межличностных отношений, на доверие, эмпатию и социальную адаптацию. Здоровый нарциссизм способствует появлению лидерских качеств, появлению уверенности в себе и инициативности. Нарциссическое расстройство личности приводит к конфликтам, манипуляциям и недостатку искренних эмоциональных связей. [1]

Диагностические критерии для постановки диагноза нарциссическое расстройство личности по МКБ-10:

Наличие общих для расстройств личности (F60) критериев:



Любые расстройства личности и/или отклонения в поведении, не являются прямым следствием заболевания, травма или дисфункция головного мозга либо других психических нарушений. Охватывают несколько сфер личности; тесно связаны с личными страданиями, распадом социума. Расстройства личности зачастую проявляются в детстве или подростковом возрасте и имеют характер стабильный и длительный. Отклонение не связано с другими психическими расстройствами зрелого возраста. [2]

Диагностические критерии по DSM-IV:

Требуется наличие как минимум пяти и более признаков:

1. Чувство собственного величия, превосходства (люди с НРЛ для получения признания преувеличивают собственные возможности, несмотря на отсутствие достижений)
2. Фантазии о неограниченном успехе, власти, красоте или идеальной любви
3. Убеждение в собственной «уникальности», в «исключительности», в том, что его могут понять и принять только такие же особенные и уникальные люди или лица, занимающие высокое положение.
4. Потребность в чрезмерном восхищении
5. Ощущение особых прав, ожидание автоматического удовлетворения со стороны окружающих.
6. Использование межличностных отношений для достижения собственных целей
7. Дефицит эмпатии
8. Зависть другим и считает, что другие завидуют ему
9. Высокомерие, надменность [3]

Целью данной работы является показать проявления здорового нарциссизма и НРЛ на межличностные отношения и социальное поведение.



Оценить уровень нарциссизма у участников исследования путем опросника и проективного теста. Выявить возможные различия по возрастным группам и полу.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования стали 50 взрослых людей в возрасте от 18 до 45 лет, представляющие различные социальные группы и профессиональные сферы, 24 человека (48%)- женского пола, 26 (52%)- мужского.

Для достижения поставленных целей использовались следующие методы: анкетирование с использованием стандартизированных опросников (Нарциссический опросник личности (NPI) [4] и проективный тест Роршаха [6].

Нарциссический опросник личности - определяет степень нарциссизма по семи критериям: авторитет, самодостаточность, превосходство, демонстративность, манипулирование, тщеславие, избранность. Опрос состоит из 40 вопросов с готовыми вариантами ответов. В основе лежат клинические критерии для определения нарциссизма, описанные в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам в третьей редакции DSM-III. НОЛ используется для измерения личностных характеристик и применим для выявления здорового нарциссизма или «скрытого» (пограничного) нарциссизма [4-5].

Тест Роршаха- Тест показывает особенности личности, эмоциональное состояние, личностные черты, бессознательные конфликты, способы восприятия и адаптации, социальные и межличностные отношения. В основе теста находится идея о восприятии абстрактных чернильных пятен, которые могут отражать аспекты личности. На протяжении всего теста человеку последовательно показывают 10 симметричных чернильных пятен: пять из них в чёрно-серой гамме, две картинки — с добавлением красного цвета и три — многоцветные, без чёрного. Карточки можно вращать, рассматривать под различными углами, а также уделять время на размышления и давать любое количество ответов. Психолог фиксирует все происходящее: дословные ответы, невербальные реакции, паузы, выражение



лица и даже способ, которым человек держит карточку. То, что человек «видит» в кляксе, зависит от характеристик его личности. [6]

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам анкетирования с помощью шкалы NPI стало известно, что 32% респондентов ($n=16$ ч) демонстрируют высокий уровень нарциссических черт. 64% респондентом ($n=32$ ч) в диапазоне от умеренного до выраженного уровня. 4% ($n=2$ ч) с низким уровнем.

Из 16 человек с признаками высокого нарциссизма — 62,5% женщин ($n=10$ ч) и 37,5% мужчин ($n=6$ ч). В возрасте от 18 до 30 нарциссические черты встречались у 70% опрошенных ($n=35$ ч). Обследованные отмечают наличие нарциссических черт в разной степени. Наиболее часто встречались такие черты как потребность в восхищении (78%), чувство грандиозности (65%) и низкая эмпатия (50%). 70% участников склонны к самовосхвалению и демонстративному поведению, особенно в ситуациях, связанных с социальной активностью. У 45% респондентов отмечается завышенная самооценка и потребность в постоянном признании.

Анализ прохождения теста Роршаха показал, что 30% респондентов ($n=15$) проявляют признаки НРЛ. Это проявляется в преувеличенном самовосприятии, потребности в признании и демонстративное поведение. У 80% ($n=12$) выявлены признаки завышенной самооценки. У 53% участников ($n=8$) наблюдалась низкая эмпатия и склонностью к саморефлексии. В 20% случаев выявлены признаки внутренней уязвимости и потребности в постоянном подтверждении своей значимости. Обнаружены также признаки гипертрофированной саморефлексии и склонности к идеализации себя.

Примененные в данном исследовании методы, несмотря на доказанные преимущества, такие как скорость прохождения и наглядный результат, имеют ограничения. Они не позволяют использовать полученные результаты в качестве диагностически и прогностически значимых критериев в клинической



диагностике. Тесты содержат ограниченное количество вопросов, которые не могут охватить весь спектр психологического разнообразия. Расхождения в определении степени нарциссизма при использовании различных шкал свидетельствуют о необходимости подключения специалистов. Психолог и психиатр должны интерпретировать результаты конкретных методов, провести дифференциальную диагностику. [4]

Участники с выраженными признаками нарциссизма по результатам теста продемонстрировали склонность к эгоцентричному поведению. В ходе взаимодействий они чаще игнорировали потребности партнеров. Были сконцентрированы на своих интересах и демонстрировали потребность в постоянном признании. В ситуациях, требующих согласования или компромисса, такие участники чаще использовали манипулятивные стратегии для достижения своих целей. Здоровый нарциссизм коррелировал с более высокой эмпатией. Эти участники проявляли больший интерес к чувствам собеседников, демонстрировали готовность помочь и проявляли альтруизм. [4]

В экспериментальных ситуациях было замечено, участники со здоровым уровнем нарциссизма чаще предлагали помощь, поддерживали партнеров в конфликтных ситуациях и устанавливали доверительные контакты. В конфликтных сценариях участники с нарциссическим расстройством личности склонны к агрессивному поведению, защите своей позиции, обвинениям других и отказу идти на компромисс. В то же время участники со здоровым нарциссизмом демонстрировали более конструктивные реакции: попытки понять оппонента, поиск решений и готовность к диалогу. В групповых заданиях участники с высоким нарциссизмом стремились занять доминирующую позицию, часто пренебрегая мнением других. Они демонстрировали уверенность, иногда переходящую в самонадеянность. Проявляли склонность к сотрудничеству, слушали других и чаще занимали позицию посредников или поддерживающих участников. Уровень



нарциссизма значимо связан с рядом аспектов социального поведения: положительная корреляция с эгоцентризмом, агрессией и манипулятивностью; отрицательная корреляция с эмпатией, альтруизмом и склонностью к сотрудничеству. [1-4]

Заключение

Результаты исследований подтверждают о деструктивном влиянии нарциссизма на качество межличностных связей. Нарциссическое расстройство личности нередко связано с трудностями в построении долговременных и доверительных отношений. В социальном поведении наблюдается тенденция к доминированию и поиску признания, что может вести к конфликтам и социальной изоляции. [4] Нарциссизм чаще встречается в молодом возрасте и преимущественно у женщин. Ограничения исследования включают относительно небольшую выборку и искусственные условия моделирования. Нарциссическая черта личности есть в каждом, но проявляется она по-разному. Без неё личность не является целостной и гармоничной.

Источники и литература / Sources and references:

1. Н.Г. Сушко. Нарциссизм и нарциссическое расстройство личности//научное издание “Ученые заметки ТОГУ”-2024г. 180-186
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. (1998). Психические расстройства и расстройства поведения. Москва. 69-73
3. DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. — 4-е издание. 2000. 717
4. Н.М. Клепикова. Нарциссизм как объект дифференциальной психометрики// «Вестник Новосибирского государственного педагогического университета» - 2013г. 5-17



5. О.А. Шамшикова, Н. М. Клепикова. Психометрический анализ и стандартизация зарубежной методики “Нарциссический опросник личности”//Мир науки, культуры, образования-2010г. 169-176
6. Бузина Т.С., Кузовлев И.В. Возможности теста Роршаха для диагностики нарциссических черт личности. Медицинская психология в России. 2023;15(4):31-40.

КОНФЛИКТ В СЕМЬЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЕГО РАЗРЕШЕНИЮ. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Калишева А. Е., Кыдырбек А. М., Сагындык А. С., Зекенов А. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Научный руководитель – ассистент А. А. Алмагамбетова

Аннотация. В статье рассматривается феномен семейного конфликта как неотъемлемая часть межличностных отношений в современном обществе. На основе анализа трудов отечественных и зарубежных исследователей (В. В. Гранкин, А. М. Дронова, М. Боуэн, С. Минучин, Д. Готтман) раскрываются психологические механизмы возникновения конфликтов, их типология и стадии развития. Особое внимание уделяется современным психологическим подходам к разрешению семейных противоречий.

Ключевые слова: семейный конфликт, психологические подходы, семейная терапия, медиация, коммуникация, эмоциональная регуляция.

LITERATURE REVIEW: FAMILY CONFLICT: MODERN PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO ITS RESOLUTION

Kalisheva A. E., Kydyrbek A. M., Sagyndyk A. S., Zekenov A. A.

Semey Medical University, Republic of Kazakhstan, Semey

Supervisor: Assistant A. A. Almagambetova



Abstract. The article examines the phenomenon of family conflict as an integral part of interpersonal relationships in modern society. Based on the analysis of the works of domestic and foreign researchers (V. V. Grankin, A. M. Dronova, M. Bowen, S. Minuchin, D. Gottman), the psychological mechanisms of conflict occurrence, their typology and stages of development are revealed. Special attention is paid to modern psychological approaches to resolving family contradictions.

Keywords: family conflict, psychological approaches, family therapy, mediation, communication, emotional regulation.

Введение

В современном обществе наблюдается феномен семейных конфликтов, который приводит в основном к негативным последствиям. Данное явление является междисциплинарным. Его изучением занимается социология, психология и социальная педагогика. В рамках формата данного исследования мы считаем нужным указать на причины возникновения семейных конфликтов с социологической точки зрения, а на способы их решения - с психологической в силу того, что нам необходимо описать не только само явление семейных конфликтов, но также их причины, последствия и возможные методы их разрешения. Конфликт в семье - ситуация, при которой партнеры сталкиваются личными интересами, присутствует эмоциональное напряжение и попытки достичь противоположные цели.

Некоторые исследователи считают, что, помимо этого, конфликты могут нести и положительное значение для дальнейшего стабильного устройства семейной жизни. Однако в стране наблюдается деструктивный характер семейных конфликтов, которые приводят к разводам. Согласно результатам опроса, наиболее распространенные причины для развода являются: бедность (33%), взаимное



непонимание (15%), неверность одного из партнеров (14%), бытовые проблемы (10%), а также несовместимость характеров и пьянство (по 8%) [1]

Объекты и методы исследования

Систематический поиск был проведен в литературных базах данных PubMed, Cyberleninka, MedLina, SciHub

Цель работы:

Проанализировать природу и особенности семейных конфликтов, а также выявить и обосновать современные психологические подходы и эффективные методы их разрешения с целью оптимизации семейных отношений и повышения психологического благополучия членов семьи.

Результаты и их обсуждения

Профилактика и коррекция проблемного супружеского общения, особенно в молодой семье, является первостепенной задачей сегодняшнего дня. Семья в период своего становления сталкивается с типичными для данной стадии супружества конфликтными ситуациями, конструктивное разрешение которых закладывает фундамент её благополучия и стабильности.

Проблемными областями жизнедеятельности молодой семьи, по нашим исследованиям, являются такие, как: отношения с друзьями и родственниками; бытовые проблемы, связанные с материальными и жилищными трудностями, а также с распределением повседневных обязанностей в семье; трудности выстраивания семейной иерархии и овладения семейными ролями; сложности в формировании межличностных отношений, связанные с ревностью, плохим знанием потребностей, интересов, индивидуальных особенностей партнёра.

Конструктивному разрешению проблем в молодой семье, по нашим данным, препятствуют следующие факторы: недостаточная саморегуляция эмоциональных состояний, низкая культура общения, неадекватное восприятие партнёра. Партнёры не осознают истинный характер появляющихся в их жизни стрессоров.



У них преобладают представления о том, что трудности носят не объективный, а субъективный характер, то есть не являются типичными для большинства семей на данной стадии жизненного цикла семьи, а связаны с социально-психологическими характеристиками партнера [1].

Психология семейных конфликтов:

Эмоциональная интенсивность: В семейных конфликтах часто присутствуют сильные эмоции, такие как гнев, разочарование и обида. Они могут осложнить общение и усложнить поиск решения.

Персональные атаки: В семейных конфликтах часто используются персональные атаки и обвинения, что может усугубить ситуацию.

Коммуникационные преграды: Недостаточное умение слушать и выражать свои чувства и потребности является одной из основных причин семейных конфликтов.[2]

По мнению Г. Навайтиса, «прогноз действенности консультирования молодых семей всегда более оптимистичен, чем прогноз работы с другими семьями. Помогает консультированию положительное отношение супругов друг к другу, поэтому даже значительные разногласия обычно проявляются только в одной сфере жизнедеятельности семьи, не распространяясь на другие, в отличие от зрелых семей, где конфликтными становятся многие области семейной жизни» [1]

Чтобы понять и разрешить конфликты мы можем прибегнуть к некоторым стратегиям разрешения семейных конфликтов:

Эмоциональное самоуправление: Попробуйте сохранить спокойствие и не давайте эмоциям управлять вами. Глубокое дыхание и пауза перед ответом могут помочь.

- **Эмпатия и понимание:** Постарайтесь поставить себя на место другого члена семьи, чтобы понять его точку зрения и чувства.



- **Активное слушание:** Слушайте активно и внимательно, задавайте вопросы и убедитесь, что правильно поняли собеседника.
- **Выразите свои чувства и потребности:** Используйте «я-сообщения» для выражения своих чувств и потребностей, избегая обвинений и персональных атак.
- **Поиск компромиссов:** Постарайтесь найти решение, которое удовлетворяет обе стороны. Готовность идти на компромисс - важный аспект разрешения конфликтов.
- **Обратитесь за помощью:** В случае сложных и запутанных конфликтов, не стесняйтесь обратиться к семейному психологу или консультанту.[2]



Также есть некоторые специально разработанные терапии, например терапия Боуэниана.

Семейная терапия Боуэниана - это подход к лечению, который был разработан психиатром Мюрреем Боуэном. Боуэн считал, что закономерности



сохраняются в семьях из поколения в поколение, и проблемное поведение может передаваться и создавать подобные постоянные конфликты.

Виды семейной терапии Боуэниана Как следует из названия, семейная терапия Боуэни, как правило, включает в себя работу нескольких членов семьи для разрешения семейных конфликтов и улучшения отношений внутри семьи.

Семейная терапия может включать в себя работу пары, работу по отношениям между родителями и детьми, работу со смешанными семьями или работу с несколькими поколениями семьи.

Методы семейной терапии Боуэниана

Практикующие семейную терапию Боуэниана имеют несколько вмешательств, специфичных для этого подхода к лечению, в том числе:

Генограммы: Генограмма - это визуальная графика семьи, которая включает в себя информацию об истории, отношениях, психологии и закономерностях. Это позволяет терапевту и клиенту исследовать эти закономерности и связи, чтобы направить лечение. Боуэниан-терапевты обычно создают генограмму в начале терапии, но продолжают добавлять информацию на протяжении всего курса лечения.

Дифференциация эмоций и самодифференциация: Боуэниан-терапевты помогут клиентам определить эмоции, возникающие в семейной единице, и отметить, когда они принимают эмоции других членов семьи. Эта техника включает в себя помощь каждому члену семьи в распознавании своих индивидуальных эмоций и идентичности наряду с их ролью в семейной единице.

I-выговорки: «I-утверждение» - это метод общения, который подчеркивает эмоции говорящего, а не атрибуты другого человека. Он направлен на то, чтобы передать эмоции, стоящие за заявлением, а не поднимать у слушателя защиту или чувство вины. Например, вместо «Вы никогда не помогаете по дому», клиенту



будет предложено перефразировать: «Я чувствую себя перегруженным домашними делами и хотел бы больше помощи от вас».[3]

Структурная семейная терапия (SFT) - это вид семейной терапии, который рассматривает структуру семейной единицы и улучшает взаимодействие между членами семьи.¹ Этот подход к терапии был первоначально разработан Сальвадором Минучином и стал одной из доминирующих форм семейного вмешательства.

SFT предполагает, что неблагополучные семейные отношения могут создать стресс и проблемы с психическим здоровьем для членов этой семьи.[11]

Рассматривая, как члены семьи относятся друг к другу, цель состоит в том, чтобы улучшить общение и отношения, чтобы создать позитивные изменения как для отдельных членов семьи, так и для семейной единицы в целом.

Каковы основные компоненты структурной семейной терапии?

Структурная семейная терапия опирается на технику, известную как «семейное картирование», для выявления и понимания моделей поведения и семейного взаимодействия. В ходе этого процесса терапевт создает визуальное представление («карту»), которое определяет проблемы семьи и то, как эти проблемы поддерживаются через семейную динамику.

Эта карта представляет собой основные структуры семьи, включая членов семьи, их возраст и пол, а также их отношения друг с другом. Семейные аспекты, наблюдаемые в ходе этого процесса, включают в себя: Семейные правила, Модели поведения, Семейная структура/иерархии

Этот процесс часто включает в себя то, что члены семьи сами делают свои собственные карты, описывающие свою семью. Это не только повышает вовлеченность в терапевтический процесс, но и дает терапевту лучшее понимание того, как отдельные члены семьи рассматривают свое место в семье [4].



Метод Готтмана направлен на «разоружение противоречивого вербального общения; повышение близости, уважения и привязанности; устранение барьеров, которые создают чувство застоя, и создание повышенного чувства сопереживания и понимания в контексте отношений».

Теория SoundRelationshipHouse является основой метода Готтмана. Он использует дом как метафору безопасного брака. Теория определяет семь «этажей», через которые пара может двигаться, чтобы улучшить свои отношения, а также две «несущие стены», которые необходимы для удержания пары вместе.

Они следующие: Постройте карты любви: это первый этаж SoundRelationshipHouse, и пары знакомятся с внутренними психологическими мирами друг друга. Поделитесь любовью и восхищением: на этом этаже пары учатся открыто выражать признательность и уважение друг к другу, чтобы укрепить свою связь.

Поворачивайтесь к, а не в сторону: Этот этаж включает в себя обучение замечанию, когда партнер ищет внимания, привязанности и комфорта, и реагирует соответствующим образом.

Позитивная перспектива: Этот этаж помогает партнерам научиться видеть друг друга позитивно, позволяя им рассматривать ошибки как обстоятельства, а не неудачи личности [12].

Заключение

В ходе анализа психологических подходов к изучению и разрешению семейных конфликтов установлено, что семейное взаимодействие представляет собой сложную систему, в которой эмоциональные, коммуникативные и поведенческие аспекты тесно взаимосвязаны. Конфликт в семье является естественной и неизбежной составляющей межличностных отношений, однако характер и последствия конфликта во многом определяются уровнем



психологической зрелости партнеров, их коммуникативной культурой и способностью к эмоциональной саморегуляции.

Современные психологические подходы — такие как системная, структурная, когнитивно-поведенческая и эмоционально-ориентированная семейная терапия — позволяют рассматривать конфликт не как разрушительное явление, а как возможность для личностного роста и укрепления внутрисемейных связей. Терапии Боуэна, Минучина и Готтмана демонстрируют эффективность в повышении уровня взаимопонимания, развитию эмпатии, выстраиванию гибких границ и оптимизации семейных ролей.

Таким образом, успешное разрешение семейных конфликтов возможно при комплексном подходе, включающем развитие навыков конструктивной коммуникации, эмоциональной регуляции и готовности к компромиссу. Повышение психологической культуры семьи, а также профилактическая работа с молодыми супружескими парами способствуют укреплению семейных отношений и снижению деструктивных последствий конфликтов.

Источники и литература / Sources and references:

1. Атласов В. В., Хабаров М. Семейные конфликты: причины возникновения и пути решения [Электронный ресурс]. — Барнаул: Алтайский государственный университет, 2023. — URL: <https://journal.asu.ru/smw/article/view/9575/7822>
2. Акмалов Р. Р. Типология и причины семейных конфликтов в семьях с различным социальным статусом супругов [Электронный ресурс]. — URL: <https://sg.docs.wps.com/module/common/loadPlatform/?sid=sIBmk97afAvLencG&>
3. Брездина Е. С. Способы разрешения и профилактики семейных конфликтов [Электронный ресурс]. — 2021. — URL: <https://www.xn--8sbempclcwd3bmt.xn-p1ai/article/4039>



4. Дронова А. М., Ступакова О. А. Семейные конфликты и пути их решения [Электронный ресурс]. — Пермь, 2020. — URL: https://cherya-edu.permarea.ru/upload/versions/11399/18842/Semejnyje_konflikty.Sposoby_resheniya.pdf
5. Зотова Л. Э., Андреева А. А. Причины семейных конфликтов и стратегии поведения в них разнопоколенных членов семей [Электронный ресурс]. — ResearchJournal, 2016. — URL: <https://research-journal.org/archive/3-45-2016-march/prichiny-semejnyx-konfliktov-i-strategii-povedeniya-v-nix-raznopolennyx-chlenov-semej>
6. Коджаспиров А. Ю. Psychological prevention of parent-child conflict in modern family [Электронный ресурс]. — Psyjournals.ru, 2013. — URL: https://psyjournals.ru/en/journals/psyedu/archive/2013_n1/59124
7. Маршал Э. Что такое семейная терапия Боуэниана? [Электронный ресурс]. — VerywellMind, 2023. — URL: <https://www.verywellmind.com/bowenian-family-therapy-definition-and-techniques-5214558>
8. Небыкова С. В. Способы разрешения супружеских конфликтов в молодой семье: из опыта использования в процессе профессиональной подготовки психологов [Электронный ресурс]. — Cyberleninka, 2019. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sposoby-razresheniya-supruzheskih-konfliktov-v-molodoy-semie-iz-opyta-ispolzovaniya-v-protsesse-professionalnoy-podgotovki-psihologov/viewer>
9. Рехимли Ф. The social-psychological problems of modern families and the role of social work in their resolution [Электронный ресурс]. — 2025. — URL: <https://egarp.lt/index.php/aghel/article/view/125>
10. Саиева Л. М. Психология семейных отношений. Супружеские конфликты [Электронный ресурс]. — Cyberleninka, 2020. — URL:



<https://cyberleninka.ru/article/n/psihologiya-semeynyh-otnosheniy-supruzheskie-konflikty-1>

11. Хатуева М. С. Предупреждение и разрешение семейных конфликтов [Электронный ресурс]. — Cyberleninka, 2021. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/preduprezhdenie-i-razreshenie-semeynyh-konfliktov>

12. Черри К. Как работает семейная терапия [Электронный ресурс]. — VerywellMind, 2023. — URL: <https://www.verywellmind.com/what-is-structural-family-therapy-5193068>

13. Винни С. Обзор метода Готтмана [Электронный ресурс]. — VerywellMind, 2023. — URL: <https://www.verywellmind.com/what-is-the-gottman-method-5191408>

14. Family conflict and managing strategies: implication for understanding emotion and power struggles [Электронный ресурс]. — ResearchGate, 2020. — URL: https://www.researchgate.net/publication/345745414_Family_Conflict_and_Managing_Strategies_Implication_for_Understanding_Emotion_and_Power_Struggles

15. Family interventions: basic principles and techniques [Электронный ресурс]. — PubMed Central, 2020. — URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7001353/>

16. Prospective relations between family conflict and adolescent maladjustment: security in the family system as a mediating process [Электронный ресурс]. — PubMed Central, 2018. — URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5865390/>

17. Relationship between work-family conflict and family structure in the lives of working mothers in Hungary – a pilot study [Электронный ресурс]. — BMC Psychology, 2024. — URL: <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles>

18. Семейные конфликты: причины, последствия и методы разрешения (учебный / школьный уровень) [Электронный ресурс]. — Nsportal.ru, 2018. — URL:



<https://nsportal.ru/shkola/psikhologiya/library/2018/04/27/konflikty-v-seme-psihologicheskie-prichiny-i-sposoby-ih>

19. The effect of family conflict on the psychological needs and externalising behaviour of preadolescents [Электронный ресурс]. — Scielo, 2018. — URL: https://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-80542018000100004

20. Wang X., McGowan A. L., Fosco G. M. et al. A socioemotional network perspective on momentary experiences of family conflict in young adults [Электронный ресурс]. — PubMed, 2024. — URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38529525/>

ВЛИЯНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ЛИДЕРСКИХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ

Калкаман Д. А., Шамиль Т. А., Ануарбек А. А., Смагулова Г. Т.

Кафедра психиатрии и наркологии

НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Научный руководитель – ассистент А. А. Алмагамбетова

Аннотация. В данной статье рассматривается влияние арт-терапии на формирование и развитие лидерских качеств личности у студентов. Цель исследования — выявлять эффективность арт-терапевтических методов в формировании личностных качеств, связанных с лидерством. В ходе исследования использовались практические методы, (в рамках которых участники, собранные в группы, выполняли рисунки, а исследователи наблюдали за их поведением и особенностями проявления лидерских качеств); анкетирования, наблюдения и сравнительного анализа полученных данных.

Исследование показало, что методическое использование арт-терапии способствует совершенствованию уверенности в себе, коммуникативных навыков,



способности к самоосмыслению и ответственности при коллективных работах. Кроме того, арт-терапевтические техники благоприятно влияют на эмоциональное состояние студентов, способствуя уравниванию внутреннего мира и раскрытию индивидуальных возможностей студента. Практическая значимость исследования заключается в возможности применения полученных данных педагогами, менторами, психологами и кураторами студентов в ВУЗ для формирования лидерских способностей в процессе обучения и воспитания. Результаты исследования могут быть использованы в рамках тренингов самосовершенствования и программ по развитию управленческих способностей, лидерских качеств в высших учебных заведениях.

Ключевые слова: арт-терапия; лидерские качества; личностное развитие; студенты; психология личности; саморазвитие; эмоциональная устойчивость; коммуникация; педагогическая практика; мотивация.

THE INFLUENCE OF ART THERAPY ON THE FORMATION AND DEVELOPMENT OF STUDENTS' LEADERSHIP QUALITIES

Kalkaman D. A, Shamil T. A, Anuarbek A. A. Smagulova G. T.

Department of Psychiatry and Narcology

Semey Medical University, Republic of Kazakhstan, Semey

Supervisor – Assistant A. A. Almagambetova

Abstract. This article examines the impact of art therapy on the formation and development of students' leadership qualities. The purpose of the study is to determine the effectiveness of art-therapeutic methods in shaping personal qualities associated with leadership. The research employed practical methods (in which participants, gathered in groups, created drawings while researchers observed their behavior and manifestations of leadership qualities), as well as questionnaires, observation, and comparative data analysis. The study revealed that the methodological use of art therapy contributes to the improvement of self-confidence, communication skills, self-reflection, and responsibility



during group activities. Moreover, art-therapeutic techniques have a positive effect on students' emotional state, promoting inner balance and the development of individual potential. The practical significance of the research lies in the possibility of applying the obtained results by educators, mentors, psychologists, and student curators in higher education institutions to foster leadership abilities in the learning and educational process. The findings can also be used in self-improvement training sessions and programs aimed at developing managerial and leadership skills in universities.

Keywords: art therapy; leadership qualities; personal development; students; personality psychology; self-development; emotional stability; communication; pedagogical practice; motivation.

Введение

Современное общество выдвигает к молодому поколению всё более повышенные требования, связанные не только с профессиональными компетенциями, но и с развитием личностных и коммуникативных качеств,

среди которых особое место занимают навыки лидерства. В условиях постоянно развивающегося мира особое значение осваивают лидерские качества — умение принимать решения, брать ответственность, вдохновлять других и конструктивно взаимодействовать в команде. Эпоха постправды, требует от лидеров сильных эмоциональных и социальных навыков для оказания позитивного и этического влияния на общество.[2] Именно в студенческие годы формируются фундамент лидерского потенциала, поэтому важно искать эффективные методы его развития.[8] Одним из современных и эффективных инструментов в формировании лидерских качеств является арт-терапия — метод, основанный на применении искусства в целях самоосмысления, самореализация и личностного роста. Арт-терапия — это направление в психотерапии, реабилитации и психокоррекции, основанное на занятиях пациентов (клиентов) творчеством и



искусством. Арт-терапия — это терапевтическая техника, основанная на идее о том, что творческое самовыражение может способствовать исцелению и ментальному благополучию.[1] Арт-терапия помогает раскрытию внутреннего потенциала, развитию эмоционального интеллекта, самоуважение способности к самоанализу и инновационному мышлению — качеств, напрямую связанных с лидерством.[6]

Использование арт-терапевтических практик в высших учебных заведениях помогает студентам укреплять навыки самоорганизации, ответственности, вчувствовании и инициативности. Л.Д. Лебедева отмечала, что «и ребенок, и взрослый в арт-терапевтическом процессе приобретает ценный опыт позитивных изменений. Постепенно происходит углубленное самопознание, самопринятие, гармонизация развития, личностный рост.[3]

Если студентам предоставить возможность расслабляться и обучить их методам снятия психоэмоционального напряжения, это окажет положительное влияние как на них самих, так и на преподавателей и общество в целом.[7]

Кроме того, участие в коллективных терапии средствами искусства способствует укреплению командного взаимодействия, что является важным элементом лидерской деятельности.

При занятии арт-терапией важное значение придается групповому характеру. Здесь студенты оценивают свое место в группе, признают свою роль, осознают свои творческие способности и приверженность ясному изображению себя.[9]

Осуществляя анализ научных исследований по обсуждаемой проблеме, отмечаем, что большое внимание в исследованиях уделяется изучению творческого мышления и креативности как условию успешной профессиональной деятельности.[4]



Таким образом, исследование влияния арт-терапии на формирование лидерских качеств у студентов представляет собой актуальную научно-практическую задачу, результаты которой могут быть полезны для психологов, педагогов и специалистов в области образования, работающих над развитием личности молодежи.

Цель работы: изучить влияние арт-терапии на процесс формирования и развития лидерских качеств у студентов, а также выявить успешность использования арт-терапевтических техники в образовательной и психологической практике для раскрытия лидерских способностей и саморазвитие обучающихся.

Объекты и методы исследования

При написании статьи были проанализированы книги, современные публикации (2020–2025 гг.), а также данные из ведущих международных научных баз, таких как PubMed, Medline, Embase, Cochrane Library и др.

Для получения первичной информации у 60 студентов НАО «МУС» было проведено анкетирование, предназначенное на определение их знаний об арт-терапии, интереса к творческим способам осмысления себя, а также самовосприятие личностных и лидерских качеств. После первичного этапа среди добровольцев были созданы пять групп по 12 человек, с которыми осуществлён процесс арт-терапевтических занятий. Тематика терапии включала развитие самореализации, уверенности, коллективного взаимодействия и эмоциональной устойчивости. По завершении арт-терапии студенты прошли вторичное анкетирование, целью которого было выявить изменения в их эмоциональном состоянии, внутреннем самочувствии и ощущений эффективности арт-терапии.

Исследование заключалось в эксперименте с компонентами сравнительного анализа данных до и после проведения арт-терапии. Анализ полученных результатов содержало описательную и сравнительную статистику, а также качественный анализ ответов с



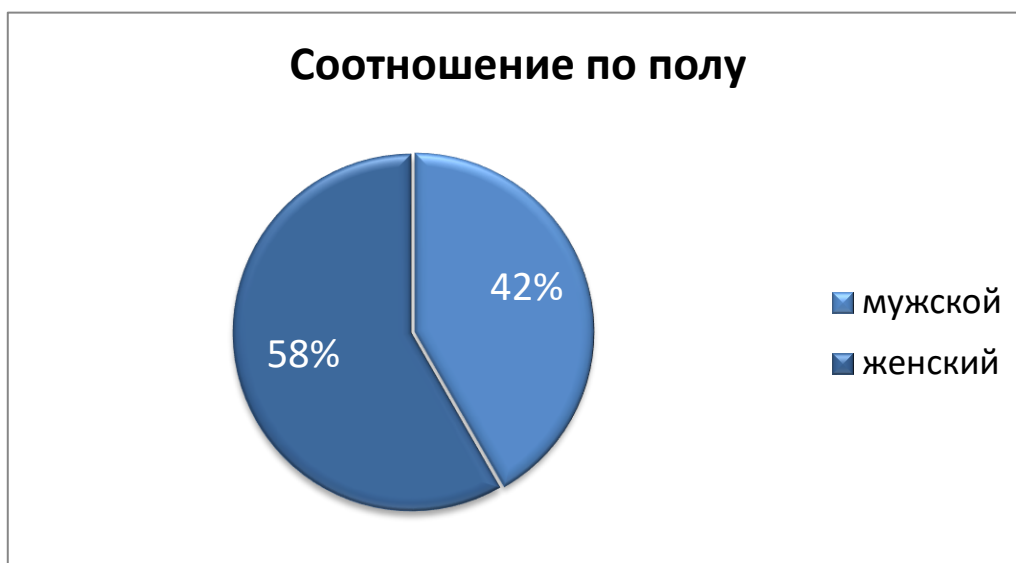
Исследование проводилось в сентября- октябре 2025 году.

Результаты и их обсуждения:

В ходе проведённого исследования, направленного на изучение влияния арт-терапии на развитие лидерских качеств личности, было проведена у 60 студентов НАО «Медицинский университет Семей». Исследование проходило в несколько этапов:

- Первичное анкетирование
- Арт терапия
- Вторичное анкетирование
- Результат

I этап — первичное анкетирование



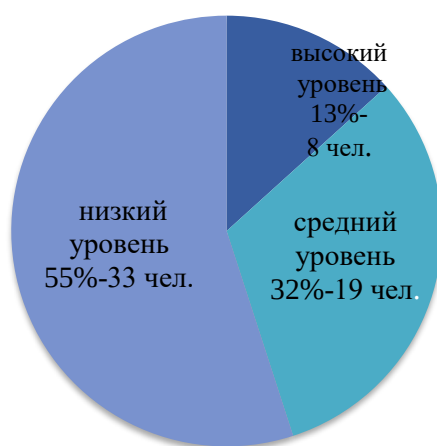
На первом этапе была проведена диагностика исходного уровня сформированности лидерских качеств и личностных особенностей студентов. Диагностика было проведена в виде Google форм.

Результаты первичной диагностики показали, что у большинства студентов наблюдается средний или низкий уровень выраженности лидерских качеств.



- высокий уровень — у 13,3% (8чел.);
- средний уровень — у 31,7% (19 чел.);
- низкий уровень — у 55% (33 чел.).

Результаты первичной диагностики



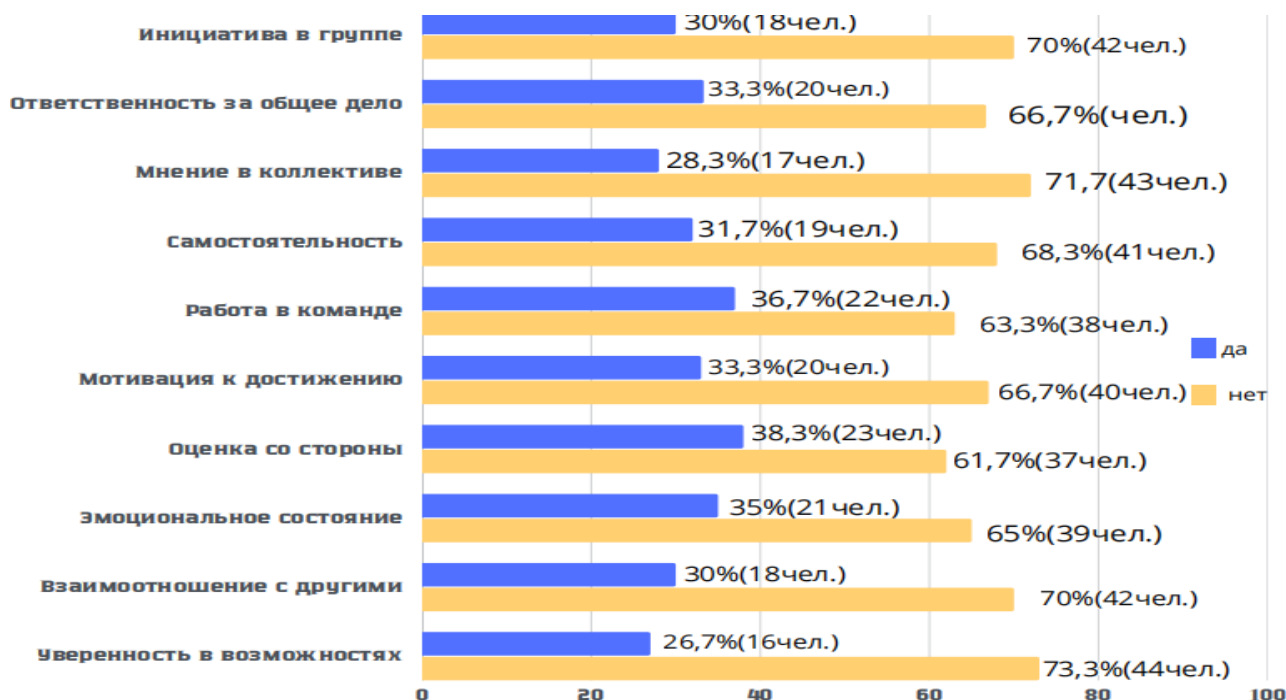
Как видно из анкетирования большинство участников проявляли неуверенность, избегали инициативы, низкий уровень саморегуляции и сложности при работе в команде и было замечено стеснение. Эти данные подтвердили необходимость включения в исследование активных и развивающих методов, направленных на формирование уверенности, самоорганизации и коммуникативных навыков.

II этап — арт-терапия

На втором этапе была проведена арт-терапевтическая программа, направленная на развитие лидерских качеств через творческую деятельность,



самоисследование и групповое взаимодействие. Проводилась арт-терапевтическое занятие, объединённых общей темой «Путь героя».



Тема «Путь героя» позволяет выявить, как человек воспринимает собственное развитие, трудности и внутренние ресурсы. Через символический образ пути участник выражает своё отношение к жизни, препятствиям и целям. Герой – это отражение самого участника, в процессе рисования каждый участник нарисовал свой тернистый путь. Когда участник видит что его герой преодолел все испытания, трудности и достиг цели, появляется чувство силы и внутреннего успеха. Это укрепляет веру в собственные возможности. В процессе занятий студенты активно включались в творческую деятельность, обсуждали свои образы, делились открытиями.

Многие отмечали, что через рисунки и символы смогли лучше понять себя, увидеть свои сильные стороны, научились брать инициативу и конструктивно взаимодействовать с другими.

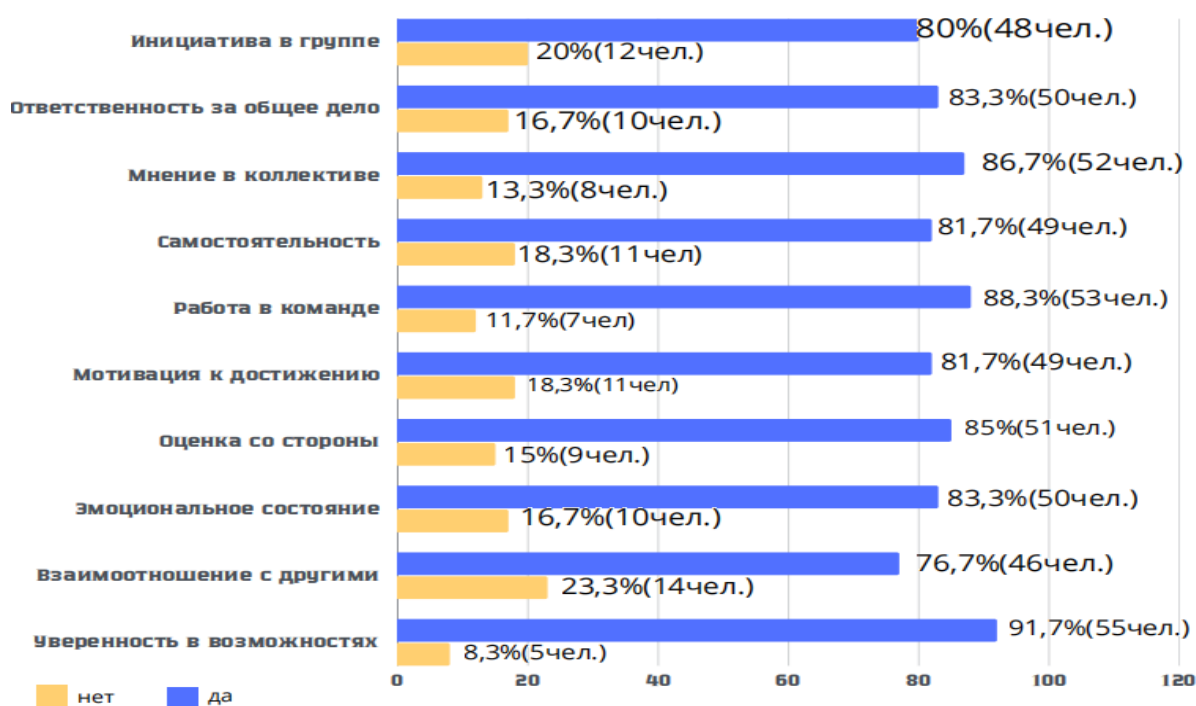


У участников наблюдалось снижение тревожности, повышение уверенности, развитие эмпатии и взаимопонимания в группе.

III этап — вторичное анкетирование

После завершения программы было проведено повторное анкетирование по тем же методикам для определения динамики изменений.

Анализ данных показал, что у большинства участников наблюдается положительная динамика по сравнению с исходным состоянием (до начала курса).

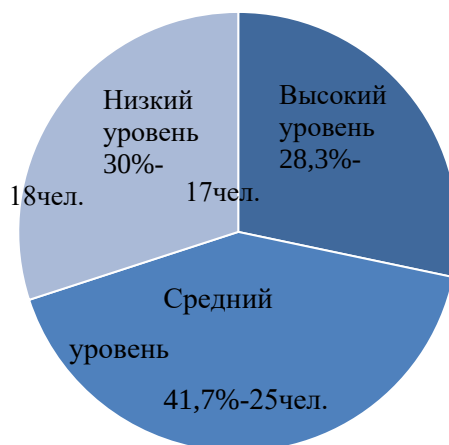


- высокий уровень — у 28,3% (17 чел.);
- средний уровень — у 41,7% (25 чел.);
- низкий уровень — у 30% (18 чел.).



Результаты вторичной диагностики

■ высокий уровень ■ средний уровень ■ низкий уровень



Таким образом, можно отметить значительное снижение доли студентов с низкими показателями и рост числа тех, кто продемонстрировал уверенность, организованность, инициативу и умение взаимодействовать в группе.

IV этап — итоговый анализ

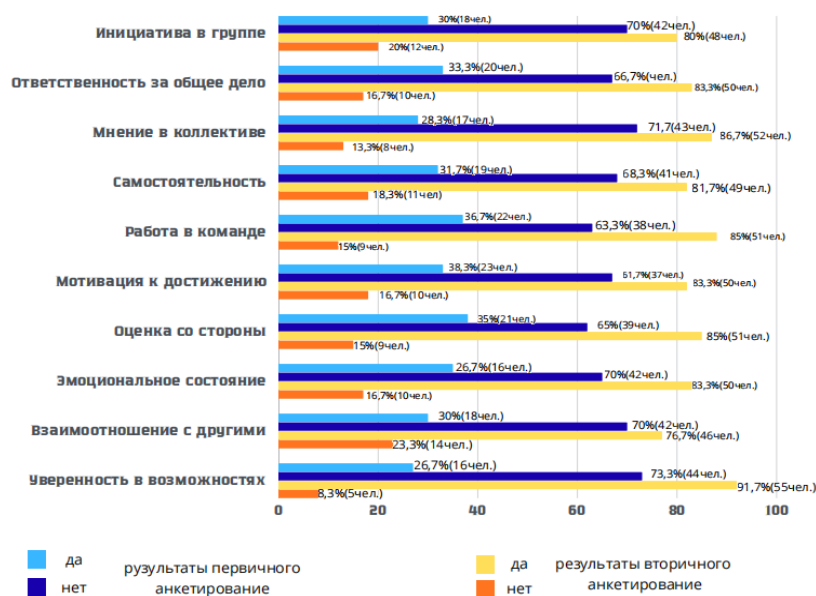
Анализ полученных данных показал, что участие студентов в арт-терапии способствовало развитию лидерских качеств, повышению уровня самосознания и ответственности.

Сравнительный анализ первичного и вторичного анкетирования.

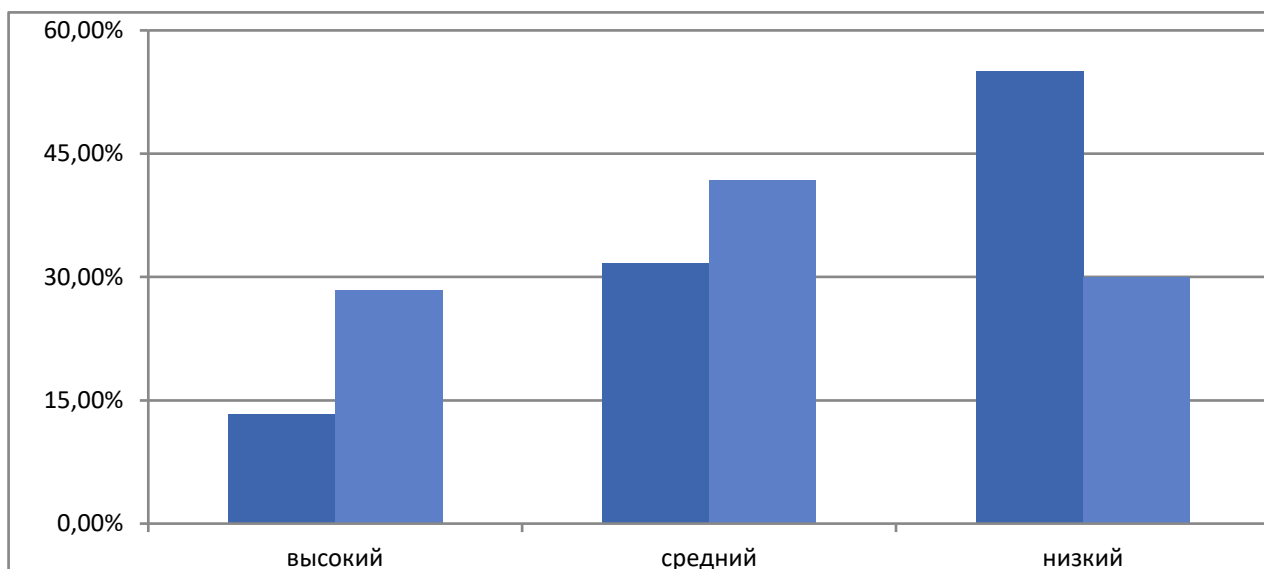
В процессе прохождения символического пути героя, студенты активизировали свои внутренние ресурсы, преодолевали личностные барьеры и выявляли лидерские качества. Арт-терапия обеспечила интеграцию личностного роста с эмоциональной проработкой, что способствовало углублению и стабилизации процесса формирования лидерских компетенций.



Результаты исследования подтвердили высокую эффективность арт-терапевтической программы "Путь героя" как инновационного метода развития лидерских качеств у студентов. Таким образом, интеграция арт-терапевтических методик в образовательный процесс способствует формированию активной жизненной позиции, развитию лидерского потенциала и повышению эмоциональной устойчивости студентов, что имеет значительное значение для их личностного и профессионального становления.



Уровень качеств	лидерских	До арт- терапии	После арт- терапии
Высокий		13,3% (8чел.)	28,3% (17чел.)
Средний		31,7% (19 чел.)	41,7% (25чел.)
Низкий		55% (33 чел.)	30% (18чел.)



Заключение

Проведённое исследование подтвердило эффективность арт-терапии как метода формирования и развития лидерских качеств у студентов. Участие в арт-терапевтических занятиях способствовало росту уверенности в себе, развитию коммуникативных навыков, ответственности и способности к самоорганизации.

Кроме того, было отмечено снижение уровня тревожности, повышение самооценки и инициативности, улучшение взаимодействия и взаимопонимания в группе. Студенты стали более открытыми к новым идеям и проявлению лидерских качеств в коллективной деятельности.

Таким образом, арт-терапевтические практики оказывают положительное влияние не только на эмоциональное состояние, но и на личностное и профессиональное развитие студентов. Полученные результаты могут быть использованы в образовательных и психологических программах высших учебных заведений для формирования лидерского потенциала и активной жизненной позиции обучающихся.



Источники и литература/ Sources and references:

1. Азимова Ф. Влияние искусства и арт-терапии на человека / Ф. Азимова // International Journal on Integrated Education. – 2020.
2. Ертурк-Кылыч Б. Разработка программы лидерства в эпоху постправды: программа творческой коммуникации на основе искусства/ Burcu Erturk Kilic // Evaluation and Program Planning. – 2023. – Июнь.
3. Кильдишова А. С. Арт-терапия и личностный рост человека / А. С. Кильдишова // Психологические проблемы смысла жизни и акме. – 2021. – № 2. – С. 30–38.
4. Лазаренко Л. А., Белоцерковская С. В. Педагогический потенциал арт-терапии в развитии социальной креативности будущих психологов / Л. А. Лазаренко, С. В. Белоцерковская // Проблемы современного педагогического образования. – 2022.
5. Фромм Э. Человек для самого себя. Революция надежды. Душа человека / Э. Фромм. – М.: АСТ, 2009. – 763 с.
6. Peña D., Grant K. The impact of art-based experience on leadership development / Dulce Peña, Kevin Grant // Electronic Journal of Work-Based Learning. – 2019. – Vol. 8, No. 2.
7. Саликаева Е. Влияние арт-терапии на эмоциональное состояние обучающихся / Е. Саликаева. – Белый Яр, 2022.
8. Shefi N., et al. Creating an empirically-based model of social arts as a public health resource: Training, typology, and impact / Noa Shefi et al. // Frontiers in Public Health. – 2022.
9. Значение использования арт-терапевтических методов и приёмов в формировании личностных качеств учащихся // Международный научный журнал «Вестник науки». – 2023. – № 6 (63). – Т. 2. – Июнь.



10. Sosin L. S. The Creative Arts Personal Growth Group: A group model for creative arts therapy that cultivates individual and collective courage, compassion, and community. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 2021, Vol. 38(2), pp. 87–95.

**ПРЕПАРАТЫ ГЕННОЙ ИНЖЕНЕРИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИИ:
ОТ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МИШЕНЕЙ
К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ**

Картовенко К. С. Финк Д.

*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. В работе анализируется применение препаратов генной инженерии в неврологии, рассматриваются механизмы действия препаратов, нацеленных на ключевые звенья патогенеза (В-лимфоциты, система комплемента, интерлейкин-6). Особое внимание уделено эффективности и безопасности терапии, включая проблемы иммуногенности и инфекционных рисков. Отмечается переход к персонализированному лечению и важность накопления данных реальной клинической практики для оптимизации терапии

Ключевые слова: препараты генной инженерии, рассеянный склероз, нейродегенерация, моноклональные антитела, оптиконевромиелит, болезнь Альцгеймера.



GENETIC ENGINEERING DRUGS IN CLINICAL NEUROLOGY: FROM MOLECULAR TARGETS TO PERSONALIZED THERAPY

Kartovenko K. S., Fink D.

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

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – MD, DSc in Medicine, Professor V. A. Semyonov

Abstract. The paper analyzes the use of genetically engineered drugs in neurology, examines the mechanisms of action of drugs targeting key links in pathogenesis (B lymphocytes, complement system, interleukin-6). Special attention is paid to the effectiveness and safety of therapy, including the problems of immunogenicity and infectious risks. The transition to personalized treatment and the importance of accumulating data from real clinical practice for optimizing therapy are noted.

Keywords: genetically engineered drugs, multiple sclerosis, neurodegeneration, monoclonal antibodies, optic neuromyelitis, Alzheimer's disease.

Современный этап развития неврологии характеризуется активным внедрением достижений молекулярной биологии и генной инженерии в клиническую практику, что кардинально изменило подходы к терапии целого ряда социально значимых и инвалидизирующих заболеваний нервной системы. Внедрение высокотехнологичных биологических препаратов, в особенности моноклональных антител, знаменует переход от эмпирической симптом-модифицирующей терапии к целенаправленному патогенетическому вмешательству, основанному на глубоком понимании иммунопатогенеза и молекулярных основ нейродегенерации. Данные терапевтические агенты, синтезированные с использованием гибридной технологии (метод синтеза моноклональных антител) и рекомбинантных ДНК, обладают уникальной



способностью селективно связываться со специфическими молекулами-мишенями — рецепторами, цитокинами, мембранными антигенами иммунокомпетентных клеток, — тем самым прерывая каскад патологических реакций, лежащих в основе заболевания.

Наиболее ярким примером успешного применения препаратов генной инженерии является лечение рассеянного склероза, где они занимают лидирующие позиции в качестве препаратов, изменяющих течение болезни, второй линии терапии. Эволюция терапевтических подходов привела к созданию целого арсенала моноклональных антител, нацеленных на различные звенья иммунного ответа. Ключевой мишенью стали CD20-положительные В-лимфоциты, играющие критическую роль не только как продуценты патогенных аутоантител, но и как антиген-презентирующие клетки и регуляторы провоспалительного цитокинового каскада. В клиническую практику вошли ритуксимаб (химерное антитело), окрелизумаб (гуманизированное антитело) и офатумумаб (полностью человеческое антитело), демонстрирующие высокую эффективность в подавлении воспалительной активности заболевания.

Принципиальное значение имеет эволюция от химерных к полностью человеческим молекулам, что позволило минимизировать иммуногенность и снизить частоту инфузионных реакций. Другим стратегическим направлением является применение алемтузумаба — гуманизированного моноклонального антитела к CD52, экспрессируемому на поверхности Т- и В-лимфоцитов. Его механизм действия основан на индукции глубокой лимфодеплеции с последующей длительной иммунной реконституцией, что обеспечивает пролонгированный контроль над высокоактивными формами заболевания. Не утратили своей актуальности и пегилированные формы интерферона бета-1а, фармакокинетический профиль которых был оптимизирован за счет конъюгации с полиэтиленгликолем, что позволило значительно увеличить период



полувыведения и сократить частоту инъекций, улучшая тем самым приверженность пациентов терапии.

Значительный прорыв был достигнут в терапии заболеваний спектра оптиконевромиелита (болезнь Девика), патогенез которых ассоциирован с аутоантителами к аквапориному-4. Для данной категории пациентов были разработаны и зарегистрированы препараты с принципиально новыми механизмами действия. Экулизумаб, являясь гуманизированным моноклональным антителом к компоненту комплемента C5, ингибирует терминальный литический каскад системы комплемента, предотвращая образование мембраноатакующего комплекса и последующее повреждение астроцитов. Сатрализумаб, напротив, нацелен на блокирование рецептора интерлейкина-6, провоспалительного цитокина, играющего ключевую роль в выживании плазмобластов и синтезе патогенных аутоантител. Эти препараты продемонстрировали высочайшую эффективность в предотвращении рецидивов у серопозитивных пациентов, изменив естественное течение этого тяжелого заболевания.

Потенциал препаратов генной инженерии активно исследуется и в других областях неврологии. При нейродегенеративной патологии, в частности при болезни Альцгеймера, продолжается поиск моноклональных антител, направленных против бета-амилоида и тау-белка. В лечении резистентных форм эпилепсии применяются современные противосудорожные средства, созданные с помощью методов направленного молекулярного дизайна. Ведутся экспериментальные разработки в области терапии прионных болезней, включающие подходы с использованием моноклональных антител к прионному белку и стратегии РНК-интерференции для подавления экспрессии гена PRNP.

Несмотря на впечатляющую эффективность, применение биологических препаратов сопряжено с рядом серьезных трудностей. Ключевыми проблемами остаются иммуногенность, особенно характерная для химерных и частично



гуманизированных молекул, риск развития оппортунистических инфекций вследствие длительной иммуносупрессии, а также потенциальная индукция вторичных аутоиммунных процессов. Высокая стоимость терапии создает значительное экономическое бремя для систем здравоохранения. В этой связи неотъемлемым компонентом лечения является тщательный предтерапевтический скрининг и постоянный мониторинг показателей безопасности в ходе лечения.

Таким образом, препараты генной инженерии прочно вошли в арсенал современного невролога, открыв новую эру в лечении заболеваний, ранее считавшихся практически неизлечимыми. Их развитие движется в направлении повышения специфичности, снижения иммуногенности и разработки удобных режимов дозирования. Дальнейший прогресс ожидается в области создания биосимиляров, снижающих стоимость терапии, и активного накопления данных реальной клинической практики, которые позволяют оптимизировать выбор терапии в сложных клинических ситуациях и максимально персонализировать лечение пациента с неврологической патологией.

Источники и литература/ Sources and references

1. Chimeric antigen receptor T-cell therapy for autoimmune diseases of the central nervous system: a systematic literature review / A. M. Konitsioti, H. Prüss, S. Laurent et al // J. Neurol. – 2024. – Vol. 271, № 10. – P. 6526-6542. – doi: 10.1007/s00415-024-12642-4.
2. Clinical considerations in Parkinson's disease cell therapy / J. Xue, Y. Wu, Y. Bao et al // Ageing. Res. Rev. – 2023. – № 83. – P. 101792. – doi: 10.1016/j.arr.2022.101792.
3. Kohn, D. B. Successes and challenges in clinical gene therapy / D. B. Kohn, Y. Y. Chen, M. J. Spencer // Gene. Ther. – 2023. – Vol. 30, № 10-11. – P. 738-746. – doi: 10.1038/s41434-023-00390-5.



4. Neuro-regeneration or Repair: Cell Therapy of Neurological Disorders as A Way Forward / X. Y. Song, C. X. Fan, A. U. Rahman et al // Curr. Neuropharmacol. – 2024. – Vol. 22, № 14. – P. 2272-2283. – doi: 10.2174/1570159X22666240509092903.

5. Восемь инфузий к свободе // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. – 2021. – Т. 17, спецвыпуск 2. – С. 34-42.

6. Высокие технологии в медицине и неврологии на современном этапе: проблемы и перспективы / В. Г. Помников, А. А. Алехин, И. В. Саковский и др. // Главврач. – 2023. – № 4. – С. 32-41.

7. Загорская Н.Н., Арефьева Е.Г., Субботин А.В., Семенов В.А., Короткевич Н.А., Кудрявцева Е.А., Филиппенко М.Л. Генетические Предикторы Обострений Рассеянного Склероза / Загорская Н.Н., Арефьева Е.Г., Субботин А.В., Семенов В.А., Короткевич Н.А., Кудрявцева Е.А., Филиппенко М.Л. [Текст] // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины. Сборник научных трудов к 60-летию Кемеровской государственной медицинской академии. — Кемерово: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Кемерово), 2015. — С. 64-65.

8. Зайцева, П. А. Заболевания спектра оптиконевромиелита: от патогенеза к таргетной терапии / П. А. Зайцева, А. Н. Бойко // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2023. – Т. 15, № S1. – С. 49-57.

9. Крыжановский, С. М. Исследования реальной клинической практики. Опыт применения в неврологии / С. М. Крыжановский // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2025. – Т. 19, № 1. – С. 61-68.

10. Новые возможности терапии рассеянного склероза: достижения российской фарминдустрии // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. – 2022. – Т. 18, № 4. – С. 40-46.



11. Попова, Е. В. Офатумумаб - первое полностью человеческое моноклональное антитело, зарегистрированное для лечения рассеянного склероза / Е. В. Попова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2023. – Т. 15, № 6. – С. 142-145.

12. Семенов В.А., Ведмедь Г.Н. Использование Антител К Протеину S-100 В Терапии Посттравматического Стрессового Синдромапри Боевой Закрытой Черепно-Мозговой Травме [Текст] / Семенов В.А., Ведмедь Г.Н. // Клиническая Неврология. — 2017. — № 1. — С. 22-26.

13. Торшин И.Ю., Громова О.А., Стаховская Л.В., Семенов В.А., Щукин И.А. Хемотранскриптомный анализ указывает на нейротрофические и нейромодулирующие эффекты молекулы цитиколина [Текст] / Торшин И.Ю., Громова О.А., Стаховская Л.В., Семенов В.А., Щукин И.А. // Неврология, Нейропсихиатрия, Психосоматика. — 2020. — № 4. — С. 91-99.

АКТУАЛЬНОСТЬ АРТ-ТЕРАПИИ ПРИ ПАНИЧЕСКИХ АТАКАХ

Касымова А. Т., Болатбаева Н. А., Мусабеков К. А., Акжол Н. Н.

Кафедра психиатрии и наркологии

НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Научный руководитель – ассистент А. А. Алмагамбетова

Аннотация. Панические атаки — внезапные, периодически повторяющиеся эпизоды тревоги и одна из наиболее распространённых форм тревожных расстройств. Арт-терапия рассматривается как мягкий безопасный способ поддержки людей с паническими атаками. Применение арт-терапии способствует расслаблению снижению уровня тревожности и восстановление внутреннего равновесия. Эффективность во многом определяется регулярности занятий, активным участием людей профессионализмом врача, при этом в большинстве случаев наблюдается положительные изменения.



Ключевые слова: арт-терапия, панические атаки, тревожность, психокоррекция, эмоции, релаксация, выражение эмоций, эмоциональное восстановление

THE RELEVANCE OF ART THERAPY IN PANIC ATTACKS

Kasymova A. T., Bolatbaeva N. A., Musabekov K. A., Akzhol N. N.

Department of Psychiatry and Narcology

Semey Medical University, Republic of Kazakhstan, Semey

Supervisor – Assistant A. A. Almagambetova

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, relaxation, expression of emotions, emotional recovery.

Введение

Панические атаки-являются одной из наиболее распространённый и непродолжительный эпизод сильной тревоги, которая внезапно охватывает человека, постепенно нарастает, достигает максимума в течение нескольких минут. [10] Панические атаки на регулярной основе переносят 5% людей, а в латентной (скрытой) форме — около 10%. Как правило, эпизодам панических атак подвержены люди среднего возраста, а люди в возрасте 21–35 лет наиболее подвержены тревожным расстройствам. [9] Все ощущения при панической атаке связаны с нервами. Препараты, которые используются при терапии, влияют на



возбудимость вегетативной и центральной нервной системы. [7] Использование художественных методов для лечения психологических расстройств и укрепления психического здоровья известно как арт-терапия. Арт-терапия - это метод, основанный на идее о том, что творческое самовыражение может способствовать исцелению и психическому благополучию [4].

В последние годы арт-терапия набирает популярность как компонент комплексных лечебных программ, применяясь наряду с медикаментозным лечением и когнитивно-поведенческой терапией. Арт терапия—дает выход стрессам и страху, помогает избавиться от скрытых фобий и решить внутренние конфликты. Для лечения панических атак, применяются такие виды арт терапии как изотерапия, музыкотерапия и другие виды. 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.

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.[6]

Цель работы. Проанализировать эффективность арт-терапии при панических атаках как вспомогательного метода психотерапии.

Практическая часть: проведено анкетирование студентов для выявления уровня тревожности и арт-терапевтическая сессия, направленная на снижение напряжения и улучшение эмоционального состояния.



Объекты и методы исследования

Эмоциональное состояние и уровень тревожности у людей, не имеющих психических заболеваний, участвующих в экспериментальных занятиях по арт-терапии.

Предмет исследования. Влияние арт-терапии (рисование) на уровень тревожности и настроение участников.

Цель исследования. Определить эффективность арт-терапии в снижении уровня тревожности и эмоционального напряжения у обычных людей.

Методы исследования

Анкетирование (Google Forms) — для оценки исходного эмоционального состояния участников до и после арт-терапевтических занятий.

Использовались вопросы об уровне тревожности, настроении и самочувствии.

Формат онлайн-опроса позволяет анонимно и удобно собирать данные (по методике, применённой в исследовании Abbing et al., 2018).

Арт-терапевтические занятия (рисование) — практическая часть исследования, включающая серию коротких сеансов свободного рисования на заданные темы («спокойствие», «страх», «радость» и др.).

Участникам предоставлялись материалы для творчества: бумага, карандаши, фломастеры, краски.

Арт-терапия рассматривается как способ выражения эмоций и снятия психоэмоционального напряжения (по данным Van Hooren et al., 2019).

Сравнительный анализ — сопоставление данных анкет до и после проведения арт-терапии для выявления динамики настроения и уровня тревожности.



Результаты и их обсуждения

В рамках проведённого исследования была изучена эффективность арт-терапии как метода коррекции тревожных проявлений при панических атаках у студентов медицинского университета. Работа включала два этапа: анкетирование через онлайн-платформу Google Forms и практическое арт-терапевтическое занятие.

В опросе приняли участие 130 студентов разных курсов медицинского университета. Медицинская среда характеризуется высокой учебной и эмоциональной нагрузкой, что делает студентов более подверженными стрессу и эпизодам панических атак [3]. Анализ результатов анкетирования показал, что около 68% участников хотя бы раз испытывали симптомы, схожие с панической атакой — учащённое сердцебиение, чувство нехватки воздуха, дрожь, внезапную тревогу. При этом лишь 27% респондентов ранее обращались за психологической помощью, что подтверждает необходимость доступных и мягких форм психокоррекции.

На втором этапе в исследовании была проведена арт-терапевтическая сессия на тему «Образ моей паники». Целью занятия являлось изучение влияния творческого самовыражения на эмоциональное состояние и уровень тревожности участников. В процессе рисования многие отмечали постепенное снижение внутреннего напряжения, появление чувства облегчения и осознание собственных переживаний. [1] После арт-терапии студентам было предложено ответить на пять вопросов, отражающих изменения в их настроении, восприятии процесса и собственных ощущениях.



Рис 1.



Рис 2.

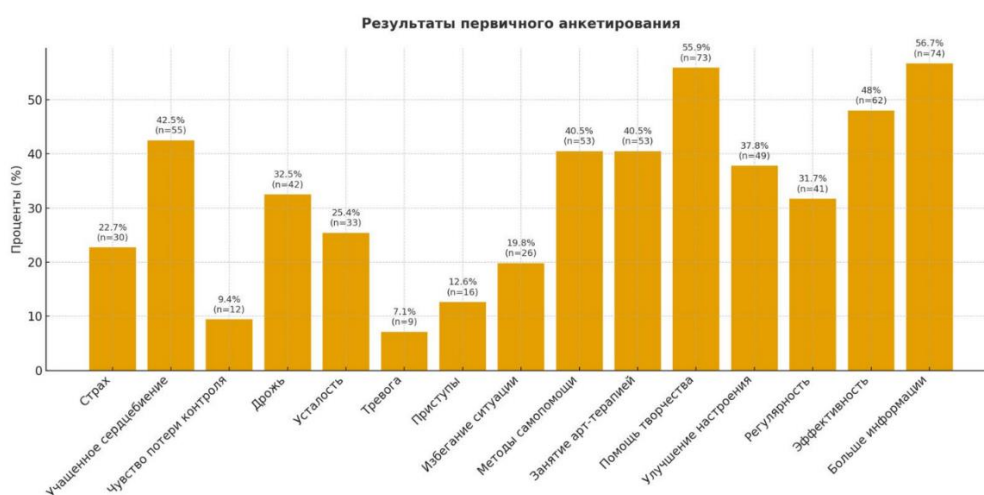


Рис 3.



Фотоматериалы рисунков демонстрировали широкий спектр символических образов — от темных и хаотичных композиций до более светлых, уравновешенных. Это указывает на динамику эмоционального состояния участников и постепенное ослабление тревожного фона.

Результаты вторичного анкетирования

Перед занятием большинство участников (55,6%) отмечали нормальное или однообразное настроение, однако у трети студентов (33,3%) наблюдались тревожность и внутреннее напряжение.

После арт-терапевтического сеанса 66,7% студентов сообщили об улучшении или стабилизации эмоционального состояния, 11,1% не заметили изменений, и 11,1% отметили временное ухудшение из-за воспоминаний о пережитом страхе.

При анализе открытых вопросов выявлено, что основной трудностью для студентов стало изображение собственного страха и передача эмоций на бумаге (44,4%). Вместе с тем 55,6% участников отметили, что сам процесс рисования способствовал расслаблению и снятию эмоционального напряжения.



Рис 4.



После завершения занятия почти половина студентов (44,4%) описали своё состояние как лёгкость, облегчение или гармонию, что указывает на эмоциональную разрядку и частичное восстановление внутреннего равновесия. Остальные респонденты отмечали нейтральные или смешанные чувства, что может отражать индивидуальные различия в глубине восприятия собственных переживаний.

Сравнительный анализ

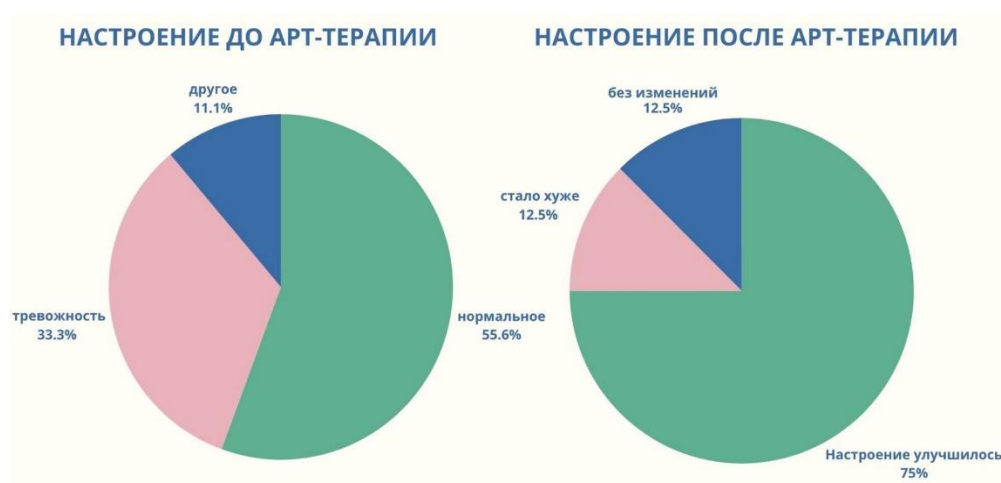


Рис 5.

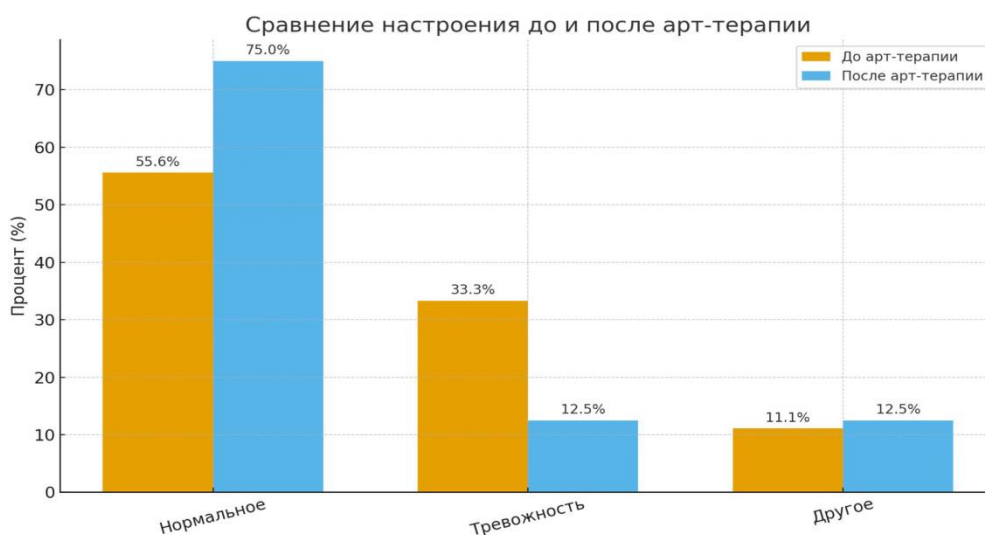


Рис 6.



Подобные результаты согласуются с данными мета-аналитических исследований, подтверждающих эффективность арт-терапии в снижении тревожных и панических симптомов [6], [1].

Таким образом, полученные результаты подтверждают, что арт-терапия является эффективным инструментом психоэмоциональной разгрузки и саморегуляции у студентов, подверженных стрессу и паническим реакциям [5], [4]. Метод не требует специальной подготовки, доступен для групповой и индивидуальной работы, способствует самопознанию и развитию навыков осознанности.

Эти данные согласуются с результатами других исследований, указывающих на положительное влияние арт-терапии на эмоциональное состояние, снижение тревожности и формирование устойчивости к стрессу [8].

В целом, результаты подтверждают, что арт-терапия может служить эффективным методом профилактики и коррекции панических атак у студентов медицинского университета, находящихся в условиях постоянного стресса. [9] Проведённое исследование показало, что творческое самовыражение способствует снижению тревожности, укреплению эмоциональной устойчивости и развитию навыков саморефлексии. Таким образом, арт-терапия может рассматриваться как перспективный ресурсный метод психологической поддержки, особенно для молодых специалистов, сталкивающихся с высокой учебной и профессиональной нагрузкой [5],[6],[1].

Заключение

Проведённое исследование показало, что арт-терапия является эффективным методом снижения тревожности и внутреннего напряжения у студентов, склонных к паническим реакциям. Участие в арт-терапевтическом сеансе по теме «Образ моей паники» способствовало эмоциональной разрядке, саморефлексии и осознанию собственных переживаний. Большинство студентов отметили



улучшение или стабилизацию настроения, чувство лёгкости и снижение тревожного состояния после творческой работы.

Полученные данные согласуются с результатами зарубежных исследований, подтверждающих, что арт-терапия активизирует внутренние ресурсы личности, способствует развитию навыков саморегуляции и снижает уровень стрессовой реакции.[2]

Таким образом, арт-терапия может рассматриваться как эффективный и доступный метод психопрофилактики панических атак и тревожных состояний у студентов медицинского вуза. Включение арт-терапевтических практик в систему психологической поддержки обучающихся представляется перспективным направлением для укрепления психического здоровья и повышения эмоциональной устойчивости будущих специалистов.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Glowacz, F., Schmits, E. (2021). Psychological Distress During the COVID-19 Lockdown: The Young Adults Most at Risk. *Psychiatry Research*, 301, 113933.
2. Haeyen, S., et al. (2023). Effects of art therapy on emotion regulation in anxiety disorders: A randomized controlled study. *Arts in Psychotherapy*, 84, 102120.
3. Huang, T., Yin, X. (2023). Exploring the Benefits of Art Therapy for Anxiety and Panic Symptoms: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 13, 100426.
4. Joschko, R., Klatte, C., Grabowska, W. A., Roll, S., Berghöfer, A. (2021). Active Visual Art Therapy and Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Psychiatry*, 21, 280.
5. Kaimal, G., Ray, K., Muniz, J. (2019). Reduction of Cortisol Levels and Participants' Responses Following Art Making. *Art Therapy Journal*, 33(2), 74–80.



6. Kim, J. H., Lee, M. Y. (2022). Art Therapy as a Stress Reduction Intervention for University Students: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 13, 845621.
7. Verywell Mind. (n.d.). What Is Art Therapy? Retrieved from <https://www.verywellmind.com/what-is-art-therapy-2795755>
8. Zubala, A., Kenne, N., Hackett, S. (2020). Art Therapy in the Digital World: An Integrative Review of Current Practice and Future Directions. *The Arts in*

**РАННЯЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ДО 18 ЛЕТ
В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ - КУЗБАССЕ:
СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ**

Корбанова Т. Н., Алешко Ю. А., Каган В. В.

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

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

Аннотация. Ранняя беременность, определяемая как беременность, наступившая у девушек в возрасте до 18 лет, является актуальной социально-медицинской проблемой во всем мире, в том числе и в Российской Федерации. Кемеровская область - Кузбасс, как и другие регионы страны, сталкивается с этой проблемой, требующей комплексного анализа и разработки эффективных мер профилактики и поддержки. За 2023 год в Кузбассе было зафиксировано около 400 случаев беременностей девушек возрастом до 18 лет, обучающихся по программам среднего общего образования. Данная проблема вызывает широкий резонанс в обществе в связи с недостатком мер социальной поддержки молодых матерей и неоднозначным мнением общественности к раннему материнству.

Ключевые слова: подростковая беременность, социальные выплаты.



**EARLY PREGNANCY UNDER 18 IN THE KEMEROVO REGION:
SOCIAL AND MEDICAL ASPECTS**

Korbanova T. N., Aleshko Yu. A., Kagan V. V.

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

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. Early pregnancy, defined as pregnancy occurring in girls under the age of 18, is a pressing social and medical issue worldwide, including in the Russian Federation. The Kemerovo region, like other regions of the country, faces this problem that requires a comprehensive analysis and the development of effective prevention and support measures. In 2023, approximately 400 cases of pregnancies among girls under 18 years old who are studying in secondary general education programs were recorded in Kuzbass. This issue has sparked significant public resonance due to the lack of social support measures for young mothers and the ambiguous public opinion regarding early motherhood.

Keywords: adolescent pregnancy, social benefits.

Введение

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в развивающихся регионах беременность ежегодно наступает у 21 миллиона девочек в возрасте 15-19 лет, и примерно 12 млн. Из них рожают [1].

В Российской Федерации у молодых матерей ежегодно рождается около 40 тысяч детей. По современным меркам, рождение ребенка в возрасте до 18 лет – очень раннее материнство: в среднем россиянки рожают первого ребенка в 26 лет (рис. 1).

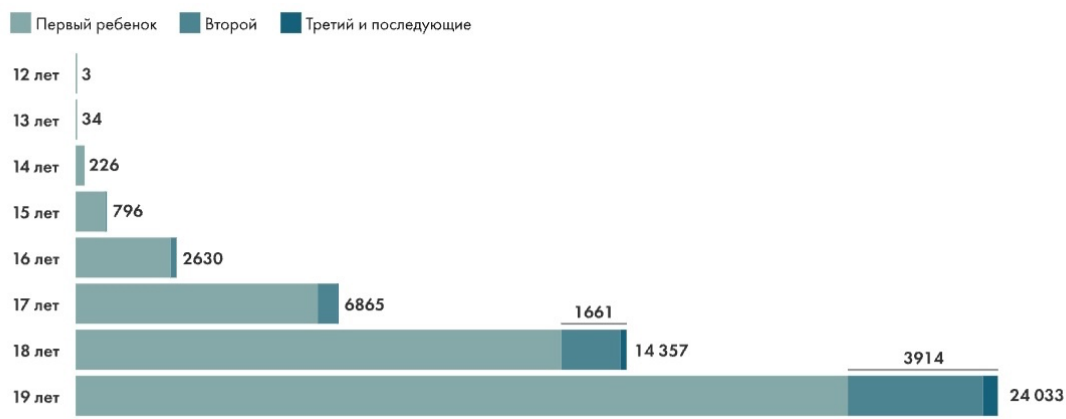


Рис. 1 - Ранняя беременность в России. Число рожденных детей по возрасту матери

Самая высокая рождаемость среди несовершеннолетних зафиксирована в регионах с низким уровнем урбанизации, низким уровнем жизни и высоким процентом малоимущих семей.

Ранняя беременность является результатом сложного взаимодействия различных факторов риска, которые можно разделить на несколько групп.

Социально-экономическими факторами являются низкий уровень дохода семьи, отсутствие образования или низкий уровень образования матери, раннее начало половой жизни, отсутствие занятости и перспектив трудоустройства.

Медико-биологические факторами – раннее половое созревание, хронические заболевания и вредные привычки.

Немаловажную роль играют психологические факторы. Низкая самооценка, отсутствие жизненных целей и планов, отсутствие поддержки со стороны семьи и друзей. Недостаточная информированность о вопросах репродуктивного здоровья и контрацепции, ограниченный доступ к услугам здравоохранения (в том числе к консультациям гинеколога и психолога), недостаточная доступность



контрацептивов могут также служить причинами учащения случаев подростковых беременностей.

Многие риски, традиционно связываемые с юным возрастом матери тесно переплетены с социально-экономическими факторами, уровнем доступа к качественной медицинской помощи, питанием, образованием и наличием/отсутствием поддержки. Тем не менее, существуют и определенные биологические и медицинские особенности.

Анемия: Подростки часто имеют более низкие запасы железа из-за собственного роста и особенностей питания. Беременность значительно повышает потребность в железе, что увеличивает риск развития железодефицитной анемии. Тяжелая анемия может привести к усталости, снижению иммунитета и осложнениям в родах (например, повышенной кровопотере). **Гипертензивные расстройства беременности (Преэклампсия и эклампсия):** Некоторые исследования показывают более высокий риск развития преэклампсии (состояния, характеризующегося высоким артериальным давлением и белком в моче после 20 недель беременности) у очень юных подростков (особенно младше 15-16 лет).

Преэклампсия может привести к серьезным осложнениям, включая судороги (эклампсия), отслойку плаценты, нарушение функции печени и почек, и представляет угрозу для жизни матери и плода. **Преждевременные роды:** Беременные подростки имеют статистически более высокий риск родить ребенка раньше срока (до 37 недель беременности). Недоношенность является основной причиной заболеваемости и смертности новорожденных.

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП): Подростки входят в группу повышенного риска по ИППП. Не выявленные и нелеченые ИППП (хламидиоз, гонорея и др.) во время беременности могут привести к осложнениям, таким как преждевременный разрыв плодных оболочек, хориоамнионит (инфекция



плодных оболочек и околоплодных вод), а также к инфицированию ребенка во время родов.

Недостаточный или избыточный набор веса: Трудности с адекватным питанием или, наоборот, нездоровые пищевые привычки могут привести к набору веса во время беременности, что связано с рисками как для матери, так и для плода (например, малый вес плода при рождении или гестационный диабет). Психологические проблемы: Подростковая беременность часто сопровождается стрессом, тревогой, депрессией (включая послеродовую). Этому способствуют социальная стигматизация, отсутствие поддержки, неуверенность в будущем, необходимость совмещать материнство с учебной или работой (если она есть). Психологическое состояние матери влияет и на течение беременности, и на развитие ребенка.

Акушерские свищи: в условиях ограниченного доступа к квалифицированной акушерской помощи (особенно в развивающихся странах) затяжные или осложненные роды у молодых девушек с не полностью сформировавшимся тазом могут приводить к образованию акушерских свищей (патологических сообщений между влагалищем и мочевым пузырем/прямой кишкой), что вызывает тяжелые физические и социальные последствия [2].

Повышенные медицинские риски для ребенка, рожденного у матери-подростка: недоношенность.

Как уже упоминалось, это один из главных рисков. Недоношенные дети чаще страдают от респираторного дистресс-синдрома, имеют трудности с терморегуляцией, кормлением, подвержены инфекциям и имеют повышенный риск неврологических проблем и задержек развития.

Низкая масса тела при рождении (НМТ): Дети, рожденные у подростков, чаще появляются на свет сравнительно с меньшей массой тела по сравнению с



детьми такого же срока, но у матерей, которые решили завести детей в более зрелом возрасте.

Но несмотря на многочисленные негативные последствия, в некоторых случаях ранняя беременность может иметь и положительные аспекты: Столкнувшись с ответственностью за ребенка, некоторые молодые мамы получают сильную мотивацию к тому, чтобы изменить свой образ жизни в лучшую сторону: бросить вредные привычки, получить образование, найти работу. Рождение ребенка может стать толчком к взрослению и самосовершенствованию.

В связи с повышением количества ранних беременностей в Кемеровской области – Кузбассе были предприняты меры дополнительной социальной поддержки. 31 марта 2025 года Правительство Кузбасса издало постановление, согласно которого каждая беременная женщина со сроком беременности двадцать две недели и более, состоящая на учете по беременности, обучающаяся по очной форме обучения в общеобразовательных учреждениях имеет право на получение единовременной выплаты в размере 100 тыс. руб [5].

Данные меры направлены на повышение уровня жизни социально незащищенных слоев населения, а именно – беременных девочек до 18 лет. Подобные инициативы также реализовали в Орловской и Брянской областях. Однако общественность восприняла эту инициативу неоднозначно. В Госдуме раскритиковали подобную выплату, обосновывая это тем, что это «Больше похоже не на заботу о будущем, а на нормализацию подростковой беременности» [3].

Главными аргументами общества являются опасения о будущей жизни как молодых мам, так и их детей, так как становится острым вопрос получения образования беременных школьниц. С появлением в семье маленького ребенка возможность получения достойного образования для девочки становится более проблематичной, либо же вовсе пропадает, так как уход за новорожденным требует большого количества времени и сил.



В связи с повышенной актуальностью данной темы было проведено анкетирование населения Кемеровской области – Кузбасса для определения отношения к данной инициативе.

Дизайн исследования: опрос с помощью онлайн-анкетирования Google формы. В опросе приняли участие 120 человек, основная масса которых молодые люди 18-24 лет (66,2%), на данный момент не имеющие детей. Большинство (85,1%) негативно относятся к явлению подростковой беременности, 68,7% из них убеждены, что ранняя беременность может затруднить дальнейшее жизненное развитие девочки (рис. 2).

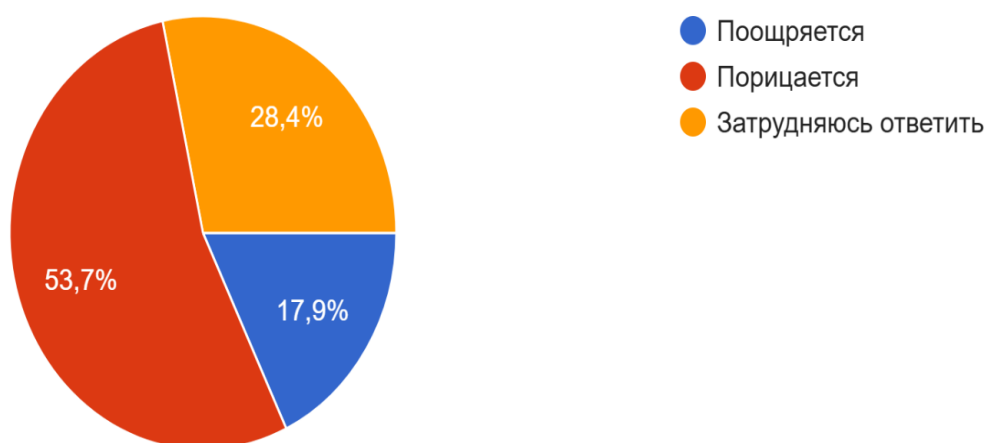


Рис. 2 - Отношение к ранней беременности среди населения

Почти половина опрошенных (40,3%) считают инициативу социальных выплат для беременных школьниц важной и нужной и связывают это с невозможностью самостоятельного заработка девочек и необходимостью получения достойного образования.

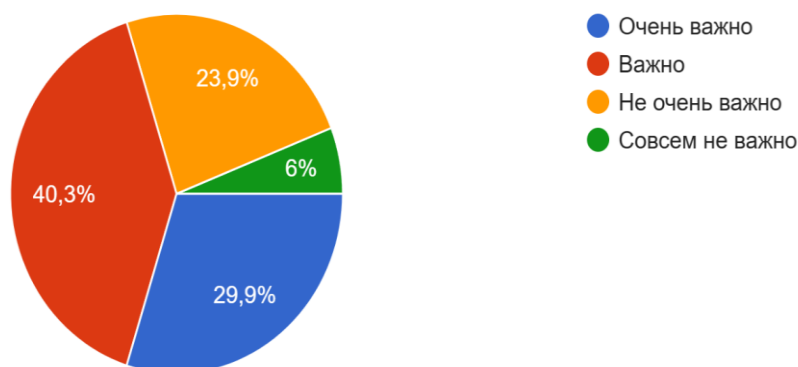


Рис.3 – Необходимость социальных выплат

Заключение

С каждым годом число подростковых беременностей увеличивается, но отношение социума к данному явлению остается скорее негативным, нежели положительным. В связи с невозможностью самостоятельного финансового обеспечения, государством были приняты меры для поддержки девочек, находящихся в подобной ситуации. Социальные пособия и комплексные меры поддержки являются жизненно важным инструментом для помощи беременным подросткам и их детям. Они направлены на снижение медицинских рисков, предотвращение бедности, создание условий для продолжения образования и успешной социальной адаптации юной матери.

Однако для повышения эффективности этих мер необходимо улучшать информированность целевой группы, упрощать процедуры получения помощи, бороться со стигматизацией, развивать сеть доступных и дружественных к подросткам служб (включая психологическую и юридическую поддержку), а также обеспечивать адекватный размер финансовой помощи. Комплексный и чуткий подход к проблемам беременных подростков – это инвестиция в здоровье и благополучие двух поколений.



Источники и литература / Sources and references:

1. Семья и дети в России 2021. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Semia_i_deti_2021.pdf
2. Chung, W.H, Kim, ME., Lee, J. Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. Journal of Adolescence. 2018; 69: 180-188.
3. Депутат Госдумы раскритиковала выплаты беременным школьницам. Ведомости. 2025.
4. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. J Adolesc Health. 2015;56(2):223 – 230.
5. Постановление Правительства Кемеровской области – Кузбасса от 31.03.2025 №186 «Об утверждении Порядка и условий предоставления единовременно выплаты отдельной категории граждан». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/4200202504030003>

**ВИЗУАЛЬНЫЕ ИСКАЖЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ
РАССТРОЙСТВЕ ВОСПРИЯТИЯ,
ВЫЗВАННОМ ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ (HPPD):
ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ**

Лаврищева В. Ю.

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 рассмотрены основные визуальные искажения, имеющиеся в рамках HPPD синдрома, описаны их клинические характеристики и



предполагаемые нейрофизиологические механизмы. На основе анализа современных исследований, литературных данных, клинических случаев рассматриваются гипотетические модели патогенеза, включающие нарушение работы серотонинергической системы, дисфункцию зрительной коры. Целью данной работы является систематизация данных о феномене визуальных расстройств при HPPD и анализ современных гипотез, позволяющий в дальнейшем предположить терапевтические стратегии.

Ключевые слова: Hallucinogen Persisting Perception Disorder, HPPD, галлюциногены, расстройство восприятия, визуальные искажения, корковая гипервозбудимость.

VISUAL DISTORTIONS IN HALLUCINOGEN-PERSISTING PERCEPTION DISORDER (HPPD): THEIR CHARACTERISTICS AND MECHANISM OF OCCURRENCE

Lavrishcheva V. Yu.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor – Senior Lecturer A. S. Yakovlev

Abstract. This article examines the main visual distortions associated with Hallucinogen-Persisting Perception Disorder (HPPD), describing their clinical characteristics and neurophysiological mechanisms. Based on an analysis of current research, literature data, and clinical cases, the paper discusses hypothetical models of pathogenesis, including dysregulation of the serotonergic system and dysfunction of the visual cortex. The aim of this work is to systematize data on visual disturbances in HPPD and to analyze current hypotheses, which may help to suggest potential therapeutic strategies in the future.



Keywords: Hallucinogen Persisting Perception Disorder, HPPD, hallucinogens, perceptual disorder, visual distortions, cortical hyperexcitability.

Введение

На сегодняшний день появление таких симптомов как «визуальный снег», послеобразы (паленопсия), дрожание объектов (чаще текста), фракталы, вспышки света, феномен Ширрера, гало, парейдолии, макро-/микропсии, а также симптомов незрительного характера: дереализация, деперсонализация, панические атаки и пр., связанных с предшествующим употреблением галлюциногенных веществ (ЛСД, МДМА, МДА, псилоцибин, мескалин и пр.) относят к HPPD (Hallucinogen Persisting Perception Disorder) синдрому [1]. В МКБ-10 не используется термин «HPPD», данное расстройство можно отнести к разделу «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов» (F16). Синдром длительного расстройства восприятия достаточно редкий и малоизученный, но все чаще встречается в практике врача психиатра-нарколога, невролога, а также на просторах интернета – информационные видео, статьи, создаются сообщества людей, объединяющихся в рамках этой проблемы.

Имеющиеся данные и исследования пока не позволяют оценить частоту возникновения HPPD после употребления психоделиков. Удалось выяснить, что появление стойких зрительных расстройств возможно даже при однократном употреблении галлюциногенного вещества. Опыт, переживаемый в момент употребления ЛСД, МДМА и т.п. может возникнуть вновь после полного выведения из организма действующего вещества, проявляясь вышеописанными визуальными и невизуальными. Это состояние может приобретать хроническое течение.

Длительность течения расстройства, обратимость и прогредиентность состояния позволило разделить HPPD синдром на два типа. Первый тип



характеризуется как легкая форма – краткосрочное доброкачественное и обратимое течение. Второй тип – долгосрочное усугубляющееся чаще необратимое течение. В статье рассматриваются визуальные искажения, возникающие при стойком расстройстве восприятия, вызванном галлюциногенами (HPPD).

В статье представлена систематизация основных визуальных феноменов, описаны их клинико-психологические характеристики и предполагаемые нейрофизиологические механизмы. На основе анализа современных исследований предложена модель патогенеза, связывающая перцептивные нарушения с дисфункцией корковых зрительных зон и серотонинергической системы. Результаты могут быть использованы для дифференциальной диагностики HPPD и разработки терапевтических стратегий.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования выступают подтвержденные случаи пациентов с диагнозом HPPD (длительное расстройство восприятия, вызванное употреблением галлюциногенов), в клинической картине которых наиболее выражены визуальные нарушения, исследования, написанные на основе изучения клинических случаев HPPD.

Методы исследования: анализ клинических случаев путем изучения отчетов пациентов, выделение общих характеристик специфических визуальных нарушений, попытка иллюстрации описываемых симптомов с помощью симулятора, выделение гипотетических патогенетических моделей на основании существующих научных статей путем анализа и обобщения информации.

Результаты и их обсуждение

У пациентов с подтвержденным диагнозом HPPD были выявлены следующие визуальные искажения, далее описываемые по частоте возникновения среди анализируемого количества случаев [2, 3]:



1. «Визуальный снег» - большое множество мелких точек во всем поле зрения белого/черного цвета, иногда прозрачные или цветные, статичные или мигающие. Также можно услышать другое распространенное название данного феномена – визуальный шум. Точки распределены по всему полю зрения. Интенсивность проявления не зависит от яркости света, расстояния до объектов или движения глаз. Он сохраняется даже в полной темноте, в том числе при закрытых глазах.

2. Палинопсия - зрительное расстройство, при котором сохраняются остаточные изображения объектов или следы движущихся предметов после того, как сам объект исчез из поля зрения или прекратил движение. При наблюдении за движущимися объектами (машины на дороге, проходящие люди) за ними остаются визуальные «шлейфы», которые можно сравнить с эффектом длинной выдержки в фотографии.

3. Фрактальные искажения - зрительные нарушения, при которых человек видит сложные геометрические узоры, самоподобные структуры или абстрактные формы, напоминающие фракталы. Эти искажения могут проявляться как самостоятельные визуальные образы или накладываться на реальные объекты, искажая их восприятие. Узоры могут казаться движущимися, пульсирующими или изменяющими свою структуру.

4. Фотопсии - внезапные яркие вспышки, похожие на молнии или искры, которые могут появляться в разных участках поля зрения. Мерцания: ритмичные или хаотичные мерцания, напоминающие стробоскопический эффект. Геометрические узоры: появление светящихся линий, кругов или других геометрических фигур, которые могут двигаться или пульсировать.

Анализ литературы позволяет выделить ключевые патогенетические звенья:

1) Дисрегуляция серотонинергической системы.



Поскольку вещества, относящиеся к галлюциногенам, являются агонистами 5-HT_{2A}-рецепторов, длительная сенситизация этих рецепторов после воздействия галлюциногенов или изменение плотности этих рецепторов в таламусе приводит к аномальной корковой активности, проявляющееся нарушением процессов фильтрации и обработки сенсорной информации [4].

2) Нарушение таламокортикальной фильтрации.

Предполагается, что галлюциногены нарушают таламокортикальный ритм и механизмы фильтрации сенсорной информации. Таламус в состоянии HPPD пропускает избыточное количество нерелевантной информации [5].

3) Изменения нейрональной активности в зрительной коре.

Проводимые у пациентов ЭЭГ и фМРТ исследования демонстрируют повышенную активность и гиперметаболизм в зрительной коре [6]. Нарушение баланса глутамат/ГАМК — снижение ГАМК-ергического торможения в зрительных зонах приводит к спонтанной активности нейронов, имитирующей наличие зрительного стимула.

4) Аберрантная пластичность — закрепление патологических нейронных паттернов через NMDA-зависимые механизмы.

Заключение

Визуальные искажения при HPPD представляют собой гетерогенную группу феноменов, включающую визуальный снег, палинопсию, фрактальные искажения и фотопсии. Их объединяет стойкость, связь с предшествующим приёмом галлюциногенов, критика пациента к их наличию, отсутствие других текущих психотических расстройств. Нейрофизиологической основой симптомов служит гипервозбудимость зрительных корковых зон (V1–V3) и дисфункция дорсального потока обработки (MT/V5). Ключевым биохимическим механизмом является длительная сенситизация 5-HT_{2A}-рецепторов, приводящая к нарушению баланса глутамат/ГАМК и аномальной пластичности нейронных сетей. Полученные



данные обосновывают необходимость разработки таргетных подходов, направленных на нормализацию корковой возбудимости (например, модуляция ГАМК-рецепторов) и коррекцию серотонинергической дисфункции.

Источники и литература/ Sources and references

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). – 5th ed. – Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
2. Lerner, A. G. Flashback and hallucinogen persisting perception disorder: clinical aspects and pharmacological treatment approach / A. G. Lerner, M. Gelkopf, I. Skladman // Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. – 2002. – Vol. 39, №2. – P. 92-99.
3. Nichols, D. E. Hallucinogens / D. E. Nichols // Pharmacology and Therapeutics. – 2004. – Vol. 101, №2. – P. 131-181.
4. Orsolini, L. The endless trip among the NPS users: psychopathology and psychopharmacology in the hallucinogen-persisting perception disorder. A systematic review / L. Orsolini, G. D. Papanti, D. De Berardis et al. // Frontiers in Psychiatry. – 2017. – Vol. 8. – Art. 240.
5. Puledda, F. Visual snow syndrome: a clinical and phenotypical description of 1,100 cases [Текст] / F. Puledda, C. Schankin, P. J. Goadsby // Neurology. — 2020. — Vol. 94, № 6. — P. 564–574.
6. Schankin, C. J. 'Visual snow' – a disorder distinct from persistent migraine aura [Текст] / C. J. Schankin, F. H. Maniyan, K. B. Digre, P. J. Goadsby // Brain. — 2014. — Vol. 137, № 5. — P. 1419–1428.



ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Мусаева М. Х.

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 рассмотрены основные направления клинической психотерапии, которые используются в современной практике. Представлены основные методы, описаны ключевые техники, используемые специалистами. Особое внимание уделено сравнительному анализу различных подходов и их эффективности в зависимости от типа заболевания и индивидуальных характеристик пациента. Поставлена задача найти наиболее эффективный метод психотерапии.

Ключевые слова: клиническая психотерапия, методы, ключевые техники, подходы в психотерапии.

TNE MAIN DIRECTIONS OF CLINICAL PSYCHOTHERAPY

Musaeva M. Kh.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – A. S. Yakovlev

Abstract. This article examines the main directions of clinical psychotherapy used in modern practice. The main methods are presented, and key techniques used by specialists are described. Special attention is paid to the comparative analysis of various approaches and their effectiveness depending on the type of disease and individual characteristics of the patient.



Keywords: clinical psychotherapy, methods, key techniques, approaches in psychotherapy.

Введение

Клиническая психотерапия представляет собой метод лечения психических расстройств путём целенаправленного воздействия на эмоциональную сферу, поведение и мышление пациента. Современные подходы в психотерапии включают большой спектр техник и моделей, каждая из которых имеет свои особенности и преимущества. Цель статьи – показать наиболее распространённые направления клинической психотерапии.

Объекты и методы исследования

Анализ и обобщение специальной литературы, публикаций и периодических изданий, посвящённых данной теме.

Основная часть

1. Психодинамическая психотерапия

Психодинамическая терапия базируется на предпосылке о том, что поведение и эмоциональные реакции человека формируются под воздействием глубинных конфликтов и бессознательных комплексов. Этот подход был заложен в теории Зигмунда Фрейда и его последователей, а его основная задача — помочь пациенту выявить и осознать внутренние противоречия, а также освободиться от подавленных травм и переживаний. В рамках этого направления особое значение придается раскрытию скрытых мотивов, интерпретации сновидений и анализу переносов. Использование психодинамической терапии актуально при лечении различных расстройств, включая тревожные и фобийные состояния, депрессию, посттравматические стрессовые реакции, а также проблем в межличностных отношениях. Этот метод может быть реализован как в долгосрочной, так и в



краткосрочной формах, что расширяет его возможности для индивидуальной адаптации и эффективности.

2. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)

Когнитивная психотерапия, являющаяся важным компонентом современного психотерапевтического пространства, строится на признании роли познавательных процессов в формировании психологических проблем. Ее основоположник, Аарон Бек, подчеркивал, что искажения в восприятии, негативные автоматические мысли и деструктивные убеждения лежат в основе многих нарушений. КПТ ориентирована на активное моделирование поведения, решение текущих проблем и достижение быстрого терапевтического результата. Практика показывает её высокую эффективность при лечении панических атак, тревожных расстройств, фобий и депрессивных состояний. Этот подход включает структурированное обучение навыкам идентификации негативных мыслей, их переоценки и замены на более адаптивные, а также развитие навыков самостоятельной работы с психическими состояниями.

3. Бихевиоральное направление

Бихевиоральный подход основывается на теории о том, что поведение человека формируется в результате реакции на внешние стимулы и подкрепления. В рамках этого метода проводится тщательный анализ поведения, после чего разрабатывается индивидуальный план коррекции. Основная идея — сформировать новые, более адаптивные навыки и реакции, заменяющие деструктивные модели. Методика предполагает использование подкреплений, тренировок и систематическую работу над изменением поведения. Он особенно эффективен при лечении фобий, зависимостей, расстройств пищевого поведения и нарушений сна, а также в работе с детьми и подростками.



4. Экзистенциальная психотерапия

Данный спектр подходов включает такие направления, как экзистенциальная психотерапия, дазайн-анализ, гештальт-терапия, логотерапия и другие гуманистические модели. В рамках этого направления особое внимание уделяется смыслу человеческого существования, свободе выбора, ответственности и поиску личностной аутентичности. Терапевтический процесс строится на диалоге и доверительном партнерстве, а методы ориентированы на глубокое проникновение в личностный опыт пациента, его ценностные ориентиры и экзистенциальные дилеммы. Основной акцент делается не только на устранении симптомов, но и на личностном росте, самореализации и духовной трансформации.

5. Интегративное направление

Интегративная психотерапия представляет собой синтез различных методологических подходов, таких как психодинамический, когнитивно-поведенческий, телесно-ориентированный, гештальт и семейный подходы, а также современные методы, основанные на осознанности и позитивной психологии. Главная идея — целостность и адаптация методов в соответствии с уникальными потребностями каждого клиента. Такой комплексный подход позволяет более гибко и точно адресовать проблемы, объединяя личностные, когнитивные, эмоциональные и физиологические аспекты функционирования человека. Это способствует более глубокому и устойчивому результату, а также развитию личностного потенциала и социальной адаптации.

Сравнительный анализ:

Несмотря на то, что есть много доказательств эффективности психотерапии, зачастую трудно сравнить разные методы и определить, какой из них наиболее результативен. Обычно такие сравнения делаются редко.



Общее число сравнительных исследований эффективности психотерапии в базе PubMed — 52 — значительно меньше общего количества исследований, подтверждающих эффективность психотерапии.

Например, в обзоре 2005 года (de Mello M. и соавт.) было сравнение интерперсональной терапии (ИПТ) при тяжелой депрессии с другими методами:

- ИПТ оказалась лучше плацебо;
- по эффективности она сравнима с медикаментами, и при совместном применении эффект не увеличивается;
- ИПТ превосходит когнитивно-поведенческую терапию (КПТ).

Другие исследования показывают разную картину:

- В одном обзоре 2005 года (van Hees M.L.J.M. и соавт.) было установлено, что ИПТ, КПТ и медикаменты при тяжелой депрессии имеют примерно одинаковую эффективность, и все эти методы могут использоваться.

Медикаменты были эффективны по сравнению с плацебо, а в некоторых случаях КПТ превосходила медикаменты или их эффективность была сопоставима.

Исследования в области тревожных расстройств показывают, что:

- КПТ более эффективна, чем психофармакотерапия, при тревожных и депрессивных расстройствах.

При зависимости от алкоголя и наркотиков:

- КПТ демонстрирует умеренный и устойчивый эффект, особенно при алкогольной зависимости, а при наркотической зависимости — умеренный эффект.

Сравнение КПТ и психофармакотерапии при тревожных и депрессивных расстройствах показывает, что КПТ обычно более эффективна при тревожных расстройствах (кроме социальной фобии), а при депрессии их эффективность примерно равна.

Исследование 2016 года (Pompoli A. и соавт.) сравнивает разные виды психотерапии при паническом расстройстве:



- все методы показали схожие результаты, при этом КПТ и психодинамическая терапия имели некоторые преимущества.

Обзор 2016 года (Cuijpers P. и соавт.) показывает, что:

- КПТ эффективна при генерализованном тревожном расстройстве;

Также есть исследования, сравнивающие эффективность терапии повторяющихся ночных кошмаров, качества сна и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), где все методы оказались примерно равными по эффективности.

Обзор 2015 года (Xie Cheng-Long) сравнивает КПТ и диалектическую поведенческую терапию (ДПТ) при депрессии при болезни Паркинсона — и показывает, что их эффективность примерно одинакова.

Обзор 2015 года (Cristea I.A. и соавт.) показывает, что разные методы психотерапии и медикаментозное лечение при депрессии показывают схожие результаты, хотя КПТ чуть лучше влияет на дисфункциональные мысли.

Обзор 2016 года (Pompoli A. и соавт.) сравнивает разные виды терапии при паническом расстройстве — и показывает, что все они примерно равноэффективны, хотя КПТ и психодинамическая терапия имеют небольшие преимущества.

Обзор 2017 года (Wang Z. и соавт.) показывает эффективность КПТ и медикаментозных методов при тревожных расстройствах у детей, хотя доказательств для применения медикаментозной терапии меньше.

Обзор 2017 года (Steiner C. и соавт.) на большой выборке показывает, что психодинамическая терапия, КПТ и психофармакотерапия имеют примерно одинаковую эффективность.

Также крупнейшее исследование 2020 года (Carl E. и соавт.) на базе 79 рандомизированных исследований с более чем 11 000 участников показало, что психотерапия в целом обладает умеренно-высокой эффективностью, и при этом



она, как правило, в два раза более эффективна, чем медикаменты при генерализованном тревожном расстройстве.

Обобщая, из 52 обзоров и сравнительных исследований только в 20 из них проводились прямые сравнения разных методов психотерапии. В 14 случаях было установлено, что КПТ и другие методы примерно равны по эффективности, в 3 — что КПТ превосходит другие методы, и в 3 — что другие методы превосходят КПТ.

Таким образом, несмотря на различия, КПТ остается наиболее распространенным и доказанно эффективным методом психотерапии в мире, и зачастую показывает результаты, сопоставимые с другими проверенными методами.

Заключение

Исследования показывают, что различные психотерапевтические подходы примерно одинаково эффективны в работе с различными видами клиентов и расстройств, можно лишь отметить, что КПТ преобладает численно, т.е. используется как метод чаще. Различия между подходами минимальны и редко когда значимы. Утверждения о превалирующей эффективности одного подхода над другими, в частности о когнитивно-поведенческой терапии как наиболее эффективной или о «доказательной» психотерапии, в большинстве случаев не соответствуют реальным эмпирическим данным.

Методологически невозможно провести исследование психотерапии, соответствующее «классическим» представлениям о рандомизированном исследовании, подобно фармакотерапии. Причина этого, в частности, в невозможности обеспечить двойное слепое исследование психотерапии. Психотерапия сама по себе — неклассическая дисциплина.

Наиболее важным компонентом терапии является личность «эффективного» психотерапевта, а не набор методик, которых он/она придерживается.



Источники и литература/ Sources and references:

1. Ляшковская С.В., Ташлыков В.А., Семенова Н.В. Подходы к определению и типологии мишеней психотерапии в контексте задач совершенствования индивидуальных программ психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии 2021. — № 1. — С. 89–98.
2. Джангильдин Ю.Т., Цыганков Б.Д., Добровольская Ю.В. Основные направления и модальности в современной психотерапии: учеб. пособие. — М., 2024. — 60 с.
3. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. — 2-е изд., доп. и перераб. — М.: Академический Проект, 2020. — 800 с
4. Назыров Р.К., Холякко В.В. О предметной области клинической психотерапии как складывающейся самостоятельной дисциплины в системе медицинских наук // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2021. — № 5. — С. 28–34.
5. Тукаев Р.Д. Доказательные исследования эффективности психотерапии: тренды и результаты. «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология», 2022, том 13, № 3

СОВРЕМЕННЫЕ ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКИЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ЭВОЛЮЦИИ ПОКРЫТОСЕМЕННЫХ РАСТЕНИЙ

Кириченко Е. В., Гончарова О. В.

*Кафедра математики и естественнонаучных дисциплин
ФГБОУ ВО «Армавирский государственный педагогический университет»,
Россия, г. Армавир*

Аннотация. Целью исследования является анализ подходов к изучению эволюционных процессов, происходивших у покрытосеменных растений, с акцентом на использование молекулярных данных для построения



филогенетических деревьев. В процессе изучения данной темы были использованы такие методы, как обзор научной литературы, критический и статистический анализы. В итоге были выявлены значение использования молекулярных методов наряду с классическими морфологическими признаками для построения филогенетических деревьев, а также необходимость междисциплинарного подхода, включающего взаимодействие таких отраслей, как геносистематика и палеоботаника.

Ключевые слова: покрытосеменные растения, эволюция ангиосперм, филограммы, морфологические признаки, геносистематика.

MODERN PHYLOGENETIC RECONSTRUCTIONS OF ANGIOSPERM EVOLUTION

Kirichenko E. V., Goncharova O. V.

Department of Mathematics and Natural Sciences

Armavir State Pedagogical University, Russia, Armavir

Abstract. The aim of the study is to analyze approaches to the study of the evolutionary processes that occurred in angiosperms, with an emphasis on the use of molecular data for the construction of phylogenetic trees. In the process of studying this topic, such methods as a review of scientific literature, critical and statistical analyses were used. As a result, the importance of using molecular methods along with classical morphological features for constructing phylogenetic trees was revealed, as well as the need for an interdisciplinary approach that includes the interaction of such branches as genosystematics and paleobotany.

Keywords: angiosperms, evolution of angiosperms, philograms, morphological features, genosystematics.



Введение

Покрытосеменные растения, известные ещё как ангиоспермы, являются одной из самых крупных и распространённых групп живой природы. Эти растения играют ключевую роль в поддержании экологического баланса планеты, снабжая её кислородом и пищей, а также находят применение в таких областях, как сельское хозяйство и промышленность. Их эволюционное развитие привлекает исследователей уже много столетий. От первых классификаций растений до современных молекулярно-биологических исследований, изучение эволюции покрытосеменных является важнейшей областью современной ботаники и биологии, поскольку учёные достаточно давно поняли, что традиционные подходы уже давно исчерпали себя и не могут обеспечивать абсолютную точность при изучении эволюции покрытосеменных растений исключительно на основании морфологических признаков (как проблема исследования).

Филогенетическими реконструкциями эволюции покрытосеменных растений называют методы и подходы, направленные на восстановление и представление эволюционных взаимоотношений внутри группы покрытосеменных, которая объединяет подавляющее большинство известных наземных растений. Такие методы предполагают построение так называемых филогенетических деревьев (или филограмм), которые графически отображают историю возникновения и ветвления отдельных родов, семейств и классов покрытосеменных с учётом того, что отдельное растение или группа растений рассматривается как потомок общего предкового вида, и задача состоит в том, чтобы установить, какие виды произошли раньше, какие позже, и какими могли бы быть промежуточные формы.



Объекты и методы исследования

Объектом исследования являются современные филогенетические реконструкции эволюции покрытосеменных растений. В ходе исследования были использованы следующие методы:

- 1) анализ литературных источников;
- 2) критический анализ (рассмотрение уже проведённых исследований с целью формирования обоснованного взгляда на предмет исследования и выявления перспектив его дальнейшего изучения);
- 3) статистический анализ (обработка и обобщение данных, выявление зависимостей и тенденций, формулировка выводов).

Результаты и их обсуждение

Изучение эволюции покрытосеменных растений представляет собой увлекательный и многослойный процесс, который охватывает несколько веков и включает в себя широкий спектр методик, от анатомо-морфологического изучения строения до молекулярных исследований. Однако, отправной точкой для современных подходов к изучению эволюции покрытосеменных можно считать начало двадцатого века, когда, благодаря развитию генетики и цитологии, стало понятно, что внешние признаки не всегда точно указывают на реальные эволюционные взаимоотношения между различными видами. Именно тогда учёные осознали, что форма цветка или листа не всегда даёт точное представление о реальных связях между видами. Были переоткрыты законы наследования (Гуго де Фриз, Карл Корренс, Эрих фон Чермак-Зейзенегг), заложенные работами Грегора Менделя [7], а также ни одно десятилетие ушло на изучение хромосом (Вальтер Флемминг, Вильгельм Ру и Теодор Бовери, Генрих Вильгельм Готфрид Вальдейер, Уолтер Саттон и Теодор Бовери, Томас Хант Морган со своими учениками, Уотсон, Крик и др.). Всё это позволило глубже разобраться в причинах многообразия покрытосеменных.



Уже в 1930-е годы, ставшие переломным десятилетием в исследовании эволюции на микроуровне, учёные заложили теоретический фундамент популяционной генетики, позволяющей подробно изучить разнообразие особей в популяции и раскрыть неизвестные ранее связи между видами и родами [6].

Затем, в середине прошлого века, с расцветом молекулярной биологии началась новая эра в изучении покрытосеменных. Появились принципиально новые методы, которые помогали восстанавливать настоящие филогенетические связи между растениями: RAPD- и AFLP-анализ; серология (иммунологические методы); секвенирование нуклеиновых кислот в сравнении cpDNA, nrDNA, mtDNA; технология полимеразной цепной реакции (ПЦР) для наращивания копий участков ДНК; клонирование; хемосистематика с использованием хроматографии и спектрометрии и др. Теперь исследователи использовали молекулярные методы для анализа ДНК и РНК, что помогло точнее определять генетическое родство видов. Именно тогда появились такие передовые технологии, как секвенирование ДНК, которое открыло двери для подробного изучения геномов растений и понимания их эволюционных взаимоотношений на самом глубоком, молекулярном уровне. [3] Среди тех, кто внёс заметный вклад в исследование эволюции покрытосеменных в тот период, Эдвард Уилсон [8]. Именно он популяризировал и визуализировал идею «филогенетического дерева», показывающего, как связаны друг с другом разные группы животных и растений.

Важно подчеркнуть, что современные научные исследования основываются на совместном анализе как внешних морфологических признаков, так и молекулярно-биологических данных. Учёные прилагают усилия, чтобы создать максимально точную реконструкцию эволюционного пути покрытосеменных растений, принимая во внимание широкий спектр факторов, таких как: анализ геномов (сравнение последовательностей ДНК различных видов растений); морфологические характеристики (изучение изменений в структуре растений,



включая анатомию, плодовитость и размножение); географические распределения (учёт географических миграций и диверсификации видов). Чтобы глубже разобраться в эволюционных связях между различными видами и обнаружить их общих предков, специалисты зачастую прибегают к построению филогенетических деревьев. Для этого применяются разнообразные методики.

Так, с помощью молекулярных исследований анализируют ДНК и РНК, а также выявляют схожие гены (ортологи). Биоинформатика помогает обрабатывать огромные объёмы данных с помощью компьютерных алгоритмов, компьютерное моделирование позволяет тестировать гипотезы о возможных путях эволюции, а классические методы подразумевают изучение ископаемых образцов и сопоставление существующих видов. Благодаря всем этим инструментам учёные получают более ясное представление о механизмах эволюции и формируют надёжные модели происхождения и развития покрытосеменных растений. Важно заметить, что такие исследования имеют огромное практическое значение, помогая находить перспективные лекарственные растения, улучшая сельскохозяйственные сорта, охраняя редкие виды и предсказывая воздействие климатических изменений на флору. [2]

Исследованием истории происхождения и эволюционных связей живых существ путём анализа их молекулярных характеристик занимается молекулярная филогенетика (или геносистематика). Геносистематика возникла в середине прошлого столетия благодаря развитию молекулярных технологий, позволивших глубже изучать эволюцию и классификацию организмов. Важнейшими этапами стали открытие двойной спирали ДНК и появление методик секвенирования нуклеиновых кислот. Основные подходы включают анализ последовательностей ДНК методом гибридизации и секвенирование, а также построение филогенетических деревьев с использованием статистических моделей (например, метода наибольшего сходства и метода ближайших соседей). Для установления



филогенетических взаимосвязей используются разнообразные типы молекул: гены, белки, рибосомальная РНК. Такой анализ молекулярных данных используется для построения филогенетических древ («филограмм»), которые помогают выявить родственные отношения там, где традиционные методы бессильны. Это особенно полезно в случаях, когда внешние признаки обманчивы или недостаточно информативны. [4]

Однако применение молекулярных подходов сталкивается с рядом трудностей: сложности интерпретации результатов, ограниченность существующих теоретических концепций и необходимость проверки гипотез на практике. [1] Для преодоления этих проблем необходим комплексный подход, объединяющий молекулярный и традиционный анализ, поскольку интерпретация молекулярных данных осложняется влиянием нейтральных мутаций и иных факторов.

Стоит отметить, что дальнейшее развитие методов геносистематики как способов филогенетических реконструкций эволюции растений включает создание усовершенствованных методов и технологий для повышения точности восстановления эволюционных взаимоотношений и активное интегрирование геносистематики с другими биологическими науками, такими как геномика и биоинформатика. Задача учёных – создать единую систему классификации, учитывающую как молекулярные, так и морфологические характеристики. [4]

Также рассмотрим ещё одну науку, которая занимается глубоким изучением ископаемых растений и их исторической эволюции, – палеоботанику. Одно из её центральных положений – принципиальное различие между типологией современных и ископаемых растений. У современных растений все части организма однозначно принадлежат одному таксону и занимают точное место в таксономической иерархии. В то же время ископаемые растения могут быть фрагментированы, и отдельные их части (например, листья, плоды, пыльца) могут



относиться к разным таксонам. Это создаёт серьёзные трудности при их классификации и идентификации. Главная задача палеоботаники – разработать надёжные методы интеграции ископаемых растений в существующие естественно-научные системы, чтобы облегчить процесс выявления и определения таксонов ископаемых растений, что осложняется отсутствием целостных организмов. Как и любая другая наука, палеоботаника взаимосвязана с другими дисциплинами, в том числе с геологическими, такими как:

1) стратиграфия: палеоботанические данные помогают устанавливать возраст горных пород, коррелируя их с другими районами и формируя общую картину геологической истории, а растения выполняют роль индикаторов, позволяя определять возраст и коррелировать слои, обеспечивая детализацию стратиграфических моделей;

2) литология: рациональное применение данных о растительных остатках помогает специалистам точнее определять условия осадконакопления, исследовать составы и структуру осадочных пород, особенно угленосных;

3) палеоклиматология: через анализ остатков растений учёные получают информацию о климатических условиях прошлого, оценивают изменения температуры, влажности и сезонности, что важно для понимания динамики экосистем и эволюции;

4) тектоника: распределение и эволюция флор ископаемых растений подтверждают или оспаривают тектонические гипотезы, такие как движение континентов и формирование крупных геологических структур. Таким образом, палеоботаника не только обогащает знания о прошлом нашей планеты, но и оказывает значительное влияние на смежные науки, повышая точность их результатов и улучшая понимание долгосрочных процессов, происходящих на Земле. [5]



Заключение

Филогенетические реконструкции покрытосеменных растений характеризуются длительным историческим периодом развития, начиная с классической морфологии и заканчивая применением молекулярно-генетических методов. Такой интегративный подход позволил углубить понимание механизмов эволюции и структуры видового разнообразия. А объединение классических морфологических критериев с методами молекулярной биологии создает синергию, обеспечивающую создание надежных филогенетических моделей. Комплексный анализ структурных особенностей растений совместно с изучением их генома повышает точность описания эволюционных процессов. Именно использование передовых биотехнологических методов, таких как секвенирование ДНК и сравнительный анализ нуклеотидных последовательностей, радикально расширило возможности точного восстановления филогенетических связей и позволило объяснить скрытые аспекты исторического развития покрытосеменных.

Результаты исследований обладают значительным потенциалом применительно к решению ряда прикладных задач, включая улучшение продуктивности культурных растений, сохранение биоразнообразия и разработку эффективных мер защиты редких видов, а перспективы дальнейшего развития науки лежат в совершенствовании методов и технологий анализа, укреплении междисциплинарных взаимодействий и создании единой комплексной концепции эволюции покрытосеменных, основанной на глубоких знаниях их генетики и морфологии.

Источники и литература/ Sources and references

1. Лазарев. М. А., Ласкина Т. А. Геносистематика: этапы развития, принципы, методы // Актуальные проблемы медицины и биологии. 2021. №. 1. С. 194-207.
2. Иванов А. Л. Эволюция и филогения растений: учебное пособие / А.Л. Иванов. Москва – Берлин: Директ-Медиа, 2015. 292 с.



3. Маслова Н. П. Морфология, систематика и филогения ископаемых платаноидов и гамамелид. Alexander Doweld, 2008. URL: https://books.google.com/books?hl=ru&lr=&id=iXW-L_2d13EC&oi=fnd&pg=PA9&ots=IcYnhMJfcx&sig=Ohuc5yOPN-iA6_0ABw9jBVCFaMw

4. Маслова Н. П., Тобиас А. В., Кодрул Т. М. Современные исследования коэволюционных связей ископаемых растений и грибов: успехи, проблемы, перспективы // Палеонтологический журнал. 2021. №. 1. С. 3-21.

5. Мейен С. В. Теоретические основы палеоботанических исследований (неизданные главы к «Основам палеоботаники» [М., Недра, 1987]) / отв. ред. И.А. Игнатъев, Ю.В. Мосейчик. Москва: ГЕОС, 2009. 108 с.

6. Мейен С. В. География макроэволюции у высших растений // Lethaea Rossica. Российский палеоботанический журнал. 2018. Т. 17. С. 13-28.

7. Мендель Г.И. Опыты над растительными гибридами // Брюнн: Изд-во Общества естествоиспытателей, 1865. 47 с.

8. Уинсон Э.О. Социобиология: новый синтез. Кембридж. Массачусетс: издательство Belknap Press Гарвардского университета, 1975. 697 с.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИНОИДОВ

Кольченко Ю. 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 статье рассматриваются психические и поведенческие расстройства, возникающие вследствие употребления каннабиноидов — группы



психоактивных веществ растительного и синтетического происхождения. Анализируются клинические проявления, механизмы формирования зависимости, нейробиологические изменения, а также социальные и когнитивные последствия хронического употребления. Особое внимание уделено диагностическим критериям согласно МКБ-10, а также современным подходам к терапии и профилактике.

Ключевые слова: каннабиноиды, психоактивное вещество, психические расстройства.

PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIORAL DISORDERS CAUSED BY CANNABINOID USE

Kolchenko Y. V.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Senior Lecturer A. S. Yakovlev

Abstract. The article discusses mental and behavioral disorders that occur as a result of the use of cannabinoids, a group of psychoactive substances of plant and synthetic origin. It analyzes the clinical manifestations, mechanisms of addiction formation, neurobiological changes, as well as the social and cognitive consequences of chronic use. Special attention is paid to the diagnostic criteria according to ICD-10, as well as modern approaches to therapy and prevention.

Keywords: cannabinoids, psychoactive substance, mental disorders.

Введение

Каннабиноиды – группа соединений, включающая в себя как природные компоненты, такие как дельта-9-тетрагидроканнабинол (ТГК), так и синтетические аналоги, воздействующие на каннабиноидные рецепторы (CB1, CB2).



В настоящее время наблюдается рост употребления наркотических средств группы «каннабиноиды» среди молодого населения. Это связано с распространенными представлениями об их «безопасности». Однако клинические исследования демонстрируют непосредственную связь между употреблением каннабиноидов и развитием психических и поведенческих расстройств.

Цель исследования: Изучение психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением каннабиноидов, анализ клинических проявлений, механизмов развития, диагностических критериев, а также подходов к лечению и профилактике.

Объект исследования: Психические и поведенческие расстройства, формирующиеся у лиц, употребляющих наркотические средства группы «каннабиноиды».

Методы исследования: теоретический анализ научной литературы.

Результаты и обсуждение

Психоактивное действие каннабиноидов связано с их взаимодействием с СВ1-рецепторами, преимущественно расположенными в головном мозге, отвечающих за эмоциональный фон, мотивацию, память и когнитивные функции.

Длительная стимуляция этих рецепторов приводит к дисбалансу нейромедиаторов, изменению синаптической пластичности, формированию толерантности и зависимости.

Синтетические каннабиноиды способны вызывать психопатологические эффекты, включая острые психозы и кататонические состояния.

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов, классифицируются под кодом F12 и включают в себя следующие состояния:



- F12.0 — Острые интоксикации (состояние эйфории, тревоги, деперсонализация, нарушения восприятия, приступы паники);
- F12.1 — Пагубное употребление (употребление, приводящее к физическим или психическим расстройствам без выраженной аддикции);
- F12.2 — Синдром зависимости (психическая и физическая аддикция, развитие толерантности, абстинентный синдром);
- F12.3 — Абстинентное состояние (продолжительные депрессивные состояния, снижение когнитивных способностей, апатия);
- F12.5 — Психотическое расстройство (галлюцинации, бредовые идеи, кататоническое состояние).

Среди острых психических проявлений, вызванных употреблением наркотических средств группы «каннабиноиды», выделяют:

- состояние эйфории, повышенную разговорчивость, искаженное восприятие времени;
- чувство тревоги, приступы паники, паранойю;
- дереализацию и деперсонализацию;
- транзиторные психотические эпизоды.

Хроническое употребление ассоциировано с:

- снижением когнитивных функций (памяти, концентрации, планирования);
- амотивационным синдромом (апатия, снижение интересов, безразличие, отчужденность);
- повышенным риском шизофреноподобных психозов;
- коморбидными расстройствами (тревожные, аффективные, расстройства личности).

Длительное употребление каннабиноидов ассоциируется с ухудшением учебной и профессиональной деятельности, социальной изоляцией, нарушениями межличностных отношений.



Лечение и реабилитация включает в себя:

1. Медикаментозную терапию:

- Симптоматическая коррекция (нейролептики при психозах, анксиолитики при апатии и тревоге);
- При синдроме зависимости – антидепрессанты и нормотимики для нормализации эмоционального фона;
- В разработке препараты, воздействующие на каннабиноидные рецепторы (антагонисты CB1).

2. Методы психотерапии:

- Когнитивно-поведенческая терапия;
- Мотивационное интервью;
- Групповая терапия;
- Программы реабилитации.

3. Профилактику:

- Просветительная работа;
- Своевременное выявление когнитивных нарушений и психических расстройств;
- Формирование навыков отказа от употребления наркотических средств.

Заключение

Употребление каннабиноидов, несмотря на широко распространённое мнение об их «безопасности», представляет серьёзную угрозу для психического здоровья. Оно способно спровоцировать широкий спектр психических и поведенческих расстройств, от незначительных когнитивных нарушений до острых психозов. Современная наркология рассматривает проблему каннабиноидной зависимости как требующую комплексного медицинского, психологического и социального подхода.



Источники и литература/ Sources and references:

1. Классификатор клинических рекомендаций по МКБ-10. [Электронный ресурс]. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru/directory/classificationcr>
2. Гофман А.Г. «Клиническая наркология». [Электронный ресурс]. URL: https://www.spbnarcolog.ru/info_docs/Gofman_Klinicheskaya-narkologiya_RuLit_Me_519034.pdf?ysclid=mhi0hlky94645957047
3. Шайдукова Л.К. «Наркомании: этиопатогенез, клиника, лечение, реабилитация». [Электронный ресурс]. URL: <https://shaidukova.ru/wp-content/uploads/2023/06/narkomanii-umo.pdf>
4. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю., Сальников А.А., Блонский К.А. «Синдром отмены при зависимости от синтетических каннабиноидов, ассоциированной с психическими расстройствами». [Электронный ресурс]. URL: <https://psychiatr.ru/download/5239?view=1&name=005-018.pdf>
5. Тиганов А.С. «Экзогенные психические расстройства». [Электронный ресурс]. URL: <https://psychiatry.ru/lib/54/book/32/chapter/50>

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ КОКАИНА

Крапивникова М. Е.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор А. М. Селедцов

Аннотация. Настоящий литературный обзор посвящён комплексному анализу психических и поведенческих расстройств, ассоциированных с употреблением кокаина. Цель работы - систематизировать современные научные данные о клинических проявлениях, нейробиологических механизмах,



диагностике и терапии указанных расстройств. В работе рассматривается этиология и патогенез кокаиновой зависимости, основное внимание уделяется таким состояниям, как психотические расстройства, аффективные нарушения (депрессии, мании), тревожные расстройства, а также специфическим поведенческим девиациям.

Ключевые слова: психические расстройства, поведенческие расстройства, алкалоиды, кокаин, зависимость, наркотические вещества, абстинентный синдром, когнитивные дефициты, статистика, медицинская статистика, здравоохранение.

MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS CAUSED BY COCAINE USE

Krapivnikova M. E.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor – MD, DSc in Medicine, Professor A. M. Seledtsov

Abstract. his literature review is devoted to a comprehensive analysis of mental and behavioral disorders associated with cocaine use. The aim of the work is to systematize modern scientific data on the clinical manifestations, neurobiological mechanisms, diagnosis and therapy of these disorders. The work examines the etiology and pathogenesis of cocaine addiction, focusing on conditions such as psychotic disorders, affective disorders (depression, mania), anxiety disorders, as well as specific behavioral deviations.

Keywords: mental disorders, behavioral disorders, alkaloids, cocaine, addiction, narcotic substances, withdrawal syndrome, cognitive deficits, statistics, medical statistics, healthcare.



Введение

Употребление психоактивных веществ остаётся одной из наиболее актуальных проблем глобального общественного здравоохранения. Среди всего спектра наркотических средств кокаин занимает особое место в силу своего мощного аддиктивного потенциала и выраженного негативного воздействия на психическую сферу потребителя. Согласно данным Всемирного доклада о наркотиках Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН), кокаин является одним из наиболее распространённых стимуляторов центральной нервной системы в мире, а масштабы его потребления продолжают расти [1].

Актуальность темы обусловлена не только распространённостью кокаиновой наркомании, но и тяжестью её медико-социальных последствий. Употребление кокаина приводит к развитию целого спектра психических и поведенческих расстройств, которые закрепляются в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) в рубрике F14 - «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления кокаина» [2]. Эти расстройства включают синдром зависимости (F14.2), синдром отмены (F14.3), психотическое расстройство (F14.5) и другие.

Психические нарушения при кокаиновой зависимости отличаются полиморфизмом и могут имитировать эндогенные психические заболевания, такие как шизофрения или биполярное аффективное расстройство, что создаёт значительные диагностические трудности. Поведенческие расстройства, включая агрессию, импульсивность и антисоциальные поступки, наносят ущерб не только самому потребителю, но и его окружению, способствуя росту преступности и социальной дезадаптации.

Цель работы: провести систематический анализ современных научных представлений о психических и поведенческих расстройствах, связанных с



употреблением кокаина, с акцентом на их клиническую феноменологию, патофизиологические механизмы и подходы к терапии.

Задачи исследования:

1. Изучить эпидемиологию и основные факторы риска развития кокаиновой зависимости.
2. Проанализировать нейробиологические основы формирования аддикции и коморбидных психических расстройств.
3. Описать ключевые клинические проявления психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением кокаина.
4. Обобщить современные подходы к диагностике и лечению данных состояний.

Материалы и методы

Данная работа представляет собой литературный обзор, основанный на анализе научных публикаций за последние 15-20 лет. Поиск источников проводился с использованием электронных библиографических баз данных PubMed, Google Scholar, CyberLeninka, Elibrary, а также путем изучения печатных изданий из фондов научных библиотек.

Для решения поставленных задач применялись методы систематизации, сравнительного анализа и синтеза информации, полученной из отобранных источников. Приоритет отдавался мета-анализам, рандомизированным контролируемым исследованиям и крупным когортным исследованиям.

Результаты

1. Эпидемиология и факторы риска

По оценкам УНП ООН, в 2021 году примерно 22 миллиона человек в мире употребляли кокаин, что составляет 0,4% мирового населения в возрасте 15-64 лет [1]. Наиболее высокие показатели потребления традиционно регистрируются в Северной и Южной Америке и Западной Европе. В Российской Федерации,



несмотря на относительно низкие показатели по сравнению с западными странами, кокаин представляет серьёзную проблему для определённых социальных групп.

К факторам риска развития кокаиновой зависимости относятся:

- Биологические: мужской пол, генетическая предрасположенность (полиморфизмы генов дофаминовых рецепторов и переносчиков), наличие сопутствующих психических расстройств (СДВГ, антисоциальное расстройство личности).
- Психологические: высокая импульсивность, поиск новых ощущений, низкая самооценка, депрессивные и тревожные черты.
- Социально-средовые: доступность наркотика, давление со стороны сверстников, неблагополучное социальное окружение, стрессовые жизненные события [3].

2. Нейробиологические механизмы действия кокаина

Ключевым механизмом действия кокаина является блокада пресинаптических транспортеров моноаминов - дофамина (DAT), норадреналина (NET) и серотонина (SERT). Наибольшее значение для развития аддикции имеет ингибирование дофамина в мезолимбическом пути головного мозга («система вознаграждения»). Это приводит к резкому увеличению его концентрации в синаптической щели, в частности, в прилежащем ядре, что вызывает нестойкие интенсивные ощущения эйфории и удовольствия [4].

Повторное введение кокаина запускает каскад нейроадаптивных процессов:

- Сенситизация: усиление поведенческих и нейрохимических ответов на наркотик и связанные с ним стимулы, что лежит в основе патологического влечения.
- Толерантность: необходимость увеличения дозы для достижения прежнего эффекта.



- Изменения в префронтальной коре: снижение её активности, ответственной за когнитивный контроль, принятие решений и подавление импульсов. Это объясняет рост импульсивности и потерю контроля над употреблением [5].

Длительная блокада моноаминовых систем приводит к дисрегуляции не только дофамина, но и норадреналина (обуславливает тревогу, панику, симпатомиметические эффекты) и серотонина (связано с развитием депрессивных и тревожных состояний после отмены).

3. Клиническая картина психических и поведенческих расстройств

- Синдром зависимости (F14.2)

Характеризуется компульсивным паттерном употребления, несмотря на негативные последствия. Критериями по МКБ-10 являются: сильная потребность или чувство голода (craving) принять вещество; нарушение способности контролировать употребление; состояние отмены; рост толерантности; пренебрежение альтернативными удовольствиями; продолжение употребления вопреки очевидному вреду [2]. Поведенческие расстройства при синдроме зависимости проявляются в социальной деградации, лживости, агрессивности, криминальном поведении с целью добычи наркотика.

- Психотическое расстройство (F14.5)
- Кокаиновый психоз является одним из наиболее тяжелых осложнений.

Чаще возникает при хроническом употреблении или во время запоя.

Клиническая картина представлена:

- Параноидным бредом: идеи преследования, ревности, отравления.

Больные могут быть опасны из-за агрессивных действий в отношении мнимых врагов.



- Тактильными галлюцинациями («кокаиновые жучки»): ощущение ползания насекомых под кожей (формация), что часто приводит к аутоагрессии.
- Слуховыми галлюцинациями: комментирующего или императивного характера.
- Острые психотические эпизоды обычно редуцируются в течение нескольких дней или недель после отмены вещества, но при наличии преморбидной уязвимости может произойти аутохтонное развитие шизофрении [6].

3.3. Аффективные расстройства

- Депрессия: возникает преимущественно в период синдрома отмены («кокаиновая краш-депрессия»). Обусловлена истощением запасов моноаминов, прежде всего дофамина и серотонина. Характеризуется ангедонией, апатией, выраженной астенией, суицидальными мыслями. Именно аффективные нарушения являются частой причиной рецидивов, так как пациенты вновь принимают наркотик для облегчения состояния.
- Маниакальные и гипоманиакальные состояния: могут индуцироваться приёмом кокаина на фоне его психостимулирующего действия. Проявляются повышенным настроением, ускоренным мышлением, психомоторным возбуждением, расторможенностью. Важно проводить дифференциальную диагностику с биполярным аффективным расстройством [7].

3.4. Тревожные расстройства

Во время интоксикации часто возникают панические атаки, обусловленные мощным выбросом норадреналина. При хроническом употреблении развиваются генерализованное тревожное расстройство и социальные фобии. В структуре синдрома отмены тревога является одним из ведущих симптомов.



3.5. Когнитивные и поведенческие нарушения

Длительное употребление кокаина приводит к стойкому дефициту исполнительных функций: нарушается рабочая память, способность к планированию, когнитивная гибкость. Резко возрастает импульсивность, что проявляется в необдуманных, часто рискованных поступках. Эти изменения связаны с нейротоксическим воздействием на префронтальную кору и связанные с ней структуры [5].

Обсуждение

Проведённый анализ демонстрирует, что психические и поведенческие расстройства, ассоциированные с употреблением кокаина, представляют собой гетерогенную группу состояний, в основе которых лежит глубокая дисрегуляция ключевых нейрохимических систем мозга. Накопленные данные убедительно доказывают, что кокаиновая зависимость – это не просто «вредная привычка», а хроническое рецидивирующее заболевание мозга, сопровождающееся стойкими структурными и функциональными изменениями [4, 5].

Одной из центральных проблем является высокая коморбидность. Пациенты с кокаиновой зависимостью часто имеют первичные психические расстройства (например, депрессию, биполярное расстройство), которые они пытаются самоизлечивать с помощью наркотика, либо эти расстройства индуцируются или усугубляются самим кокаином. Это создаёт «порочный круг», значительно осложняющий диагностику и лечение.

Клиническая картина кокаинового психоза имеет значительное сходство с параноидной шизофренией, что требует тщательного сбора анамнеза и динамического наблюдения. Важным дифференциально-диагностическим критерием является связь психотической симптоматики с периодами употребления вещества и её редукция после детоксикации, хотя, как показывают исследования, у части пациентов психоз может приобретать затяжное течение [6].



В лечении данных расстройств наиболее эффективным признан комплексный подход, который включает:

- Детоксикацию и купирование острой симптоматики: используются бензодиазепины для снятия тревоги и возбуждения, антипсихотики (атипичные нейролептики, например, оланзапин, рисперидон) для лечения психоза.
- Фармакотерапию для поддержания ремиссии и профилактики рецидивов: на сегодняшний день не существует утвержденного FDA или ЕМА лекарства *specifically* для лечения кокаиновой зависимости. Ведутся исследования потенциала модафинила, топирамата, бупропиона и иммуноконъюгатов (вакцин). Антидепрессанты (СИОЗС) применяются для коррекции аффективных нарушений в период отмены [8].
- Психотерапию: Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) доказала свою эффективность в обучении пациентов распознаванию и преодолению тяги, управлению негативными эмоциями и предотвращению рецидивов. Мотивационное интервьюирование, контингентное управление (предоставление поощрений за негативные тесты на наркотики) также являются важными компонентами терапии [9].
- Реабилитацию и ресоциализацию: Направлены на восстановление когнитивных функций, социальных связей и профессиональных навыков.

Основными проблемами в терапии остаются высокий уровень рецидивов, связанный со стойкими изменениями в системе вознаграждения и префронтальной коре, а также недостаточная доступность комплексной помощи.

Заключение

В результате проведённого литературного обзора установлено, что употребление кокаина приводит к развитию широкого спектра тяжёлых психических и поведенческих расстройств, которые характеризуются



хроническим, рецидивирующим течением и высокой степенью коморбидности. В основе их патогенеза лежит глубокая перестройка моноаминергических систем головного мозга, прежде всего дофаминергической мезолимбической системы «вознаграждения» и корковых структур, ответственных за контроль поведения.

Клинические проявления полиморфны и включают синдром зависимости с выраженным компульсивным влечением, психотические эпизоды с параноидной симптоматикой, аффективные нарушения (преимущественно депрессивного спектра) и тревожные расстройства. Специфическими являются стойкие когнитивно-поведенческие нарушения, такие как импульсивность и снижение исполнительных функций.

Лечение данных расстройств требует длительного, комплексного и мультидисциплинарного подхода, сочетающего методы фармакотерапии (для купирования острых состояний и коррекции аффективной симптоматики) и доказательные формы психосоциального вмешательства (когнитивно-поведенческая терапия, мотивационное интервьюирование). Несмотря на наличие терапевтических стратегий, эффективность лечения остаётся недостаточно высокой, что диктует необходимость дальнейших фундаментальных и клинических исследований для разработки новых, более действенных методов, направленных на восстановление нарушенных нейробиологических процессов.

Источники и литература/ Sources and references:

1. World Drug Report 2023. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Vienna, 2023. 120 p.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр). Т. 1. Всемирная организация здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 1995. – 698 с.
3. Шейдер, Р. Психиатрия / Р. Шейдер; пер. с англ. – М.: Практика, 2019. – 852 с.



4. Volkow, N. D., Michaelides, M., & Baler, R. The Neuroscience of Drug Reward and Addiction // Physiological Reviews. – 2019. – Vol. 99, № 4. – P. 2115–2140.
5. Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications // Nature Reviews Neuroscience. – 2011. – Vol. 12, № 11. – P. 652–669.
6. Богданов, С. И. Клинические особенности кокаиновых психозов / С. И. Богданов, А. В. Надеждин // Вопросы наркологии. – 2017. – № 3. – С. 45–53.
7. Иванец, Н. Н. Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 720с.
8. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия: в 2 т. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Садок; пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2022. – Т. 1. – 608 с.
9. Пятницкая, И. Н. Наркомании: руководство для врачей / И. Н. Пятницкая. – М.: Медицинское информационное агентство, 2019. – 584 с.
10. Денисов, В. В. Когнитивные нарушения у больных с зависимостью от психостимуляторов / В. В. Денисов, Л. К. Хохлов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2020. – Т. 30, № 1. – С. 32–38.

ПСИХОЛОГИЯ ВЛИЯНИЯ КАК ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ СМИ И СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ)

Кривонос В. С.

*Кафедра педагогики и межкультурных коммуникаций
НАН ЧОУ ВО «Академия маркетинга и социально-информационных
технологий – ИМСИТ», Россия, г. Краснодар
Научный руководитель – У. Г. Чавыкина*

Аннотация. В исследовании в качестве объекта представлена психология влияния и рассмотрена в контексте влияния средств массовой информации (далее – СМИ) на студенческую молодёжь. Проведено точечное научное исследование о



характере психологического влияния СМИ на студенческую молодёжь и сформулированы научно-методические рекомендации по минимизации негативных последствий описываемого влияния.

Ключевые слова: средства массовой информации, молодёжь, студенческая молодёжь, психологическое влияние, воздействие.

PSYCHOLOGY OF INFLUENCE AS AN OBJECT OF RESEARCH (ON THE EXAMPLE OF THE MEDIA AND STUDENT YOUTH)

Krivosos V. S.

*Department of Pedagogy and Intercultural Communications
Academy of Marketing and Social and Information Technologies - IMSIT
Supervisor – U. G. Chavykina*

Abstract. The study presents the psychology of influence as an object and examines it in the context of the influence of mass media (hereinafter referred to as the media) on student youth. A focused scientific study was conducted on the nature of the psychological influence of the media on student youth, and scientific and methodological recommendations were formulated to minimize the negative consequences of this influence.

Keywords: mass media, youth, student youth, psychological influence, impact.

Введение

История показывает, что влияние слова и информации на массы всегда имело решающее значение. Сегодня мы живем в эпоху интернета, социальных сетей и искусственного интеллекта, когда воздействие информации становится особенно интенсивным и многогранным [3]. Само влияние в контекст настоящего исследование именуется нами как «психологическое влияние».



Психологическое влияние – это воздействие на состояние, мысли, чувства и действия другого человека с помощью исключительно психологических средств; процесс и результат эффективного (успешного) психологического воздействия [1, С.7]. Сегодня СМИ – это не только инструмент информирования и развлечения, но и один из важнейших механизмов воздействия на мировоззрение, поведение и эмоциональное состояние личности [4, С.180]. Особенно остро воздействие информационной среды ощущается в психоэмоциональной сфере, что делает проблему психологического влияния СМИ не просто актуальной, а социально значимой.

В психологии влиянием называют процесс и результат изменения одним человеком поведения, намерений, взглядов, оценок другого человека, которое происходит в ходе взаимодействия с ним [7]. Следовательно, в данное время СМИ является очень мощным инструментом влияния. Медиа не только воздействуют на восприятие внешнего мира, но и являются источником формирования личностных установок. Лишь осознание этой силы и развитие навыков критического мышления поможет сохранить психологическое благополучие индивида.

В докладе Андрея Курпатова в Совете Федерации подчёркивается, что «избыток информации, рост примитивного контента, а также ускоренные темпы цифровизации приводят к феномену «цифрового переутомления» и ухудшению психического здоровья молодёжи» [5]. Данный факт подчёркивает актуальность исследования и предопределяет исследовательский контекст изучения особенностей психологического влияния СМИ на студенческую молодёжь.

Объекты и методы исследования

В качестве объектов исследования выступает психологическое влияние и студенческая молодёжь. Методы исследования: анализ, синтез, классификация, обобщение, опрос в форме анкетирования.



Студенческая молодёжь – социальная группа, характеризующаяся определёнными характеристиками деятельности. Студенты находятся в процессе становления социальной зрелости, и их характеризуют такие черты, как социальная активность, склонность к нововведениям, инновациям, социальная мобильность, повышенная способность к адаптации, потребность в самореализации. [3, С. 51]

Психологические особенности этой группы (чувствительность к оценке, стремление к принятию, нестабильность самооценки) делают её особенно уязвимой к внешним воздействиям, включая влияние СМИ. [2, С. 355] Студенческая молодёжь находится под постоянным психологическим влиянием, которое в контексте темы исследования понимается как совокупность методов и эффектов, с помощью которых медийное содержание воздействует на эмоциональную, когнитивную и поведенческую сферу личности. Согласно Курпатову, в условиях информационного шума и постоянной цифровой перегрузки человек теряет способность к рефлексии и критической оценке информации [5] .

Аналогичные выводы содержатся в исследовании, Е.А. Зверевой и В.А. Хворовой: большинство опрошенных молодых людей признались, что ежедневно проводят время в медиапространстве, и около 43% из них обращаются к сети «Интернет» каждый полчаса [2, С. 355]. При этом фиксируются также рост аутоагрессии, раздражительности, сниженная эмпатия и формирование привычки сравнивать себя с «идеалами» из соцсетей [5].

Особо тревожные данные приводит А.В. Курпатов, вводя в научный оборот термин «цифровой аутизм» - состояние, при котором у молодежи наблюдается снижение коммуникативных навыков, ухудшение способности к сочувствию, рост аутоагрессии и депрессивных расстройств. Он связывает это с постоянной проверкой социальных сетей, фрагментарным вниманием и утратой способности к длительному интеллектуальному усилию [5].



Результаты и их обсуждение

Для оценки влияния СМИ на психологическое состояние студенческой молодежи был проведен опрос среди студенческой молодежи (учащиеся 1 - 4 курсов программ высшего образования). В опросе приняли участие 30 обучающихся в возрасте от 18 до 25 лет. Исходя из обозначенных задач исследования, нами был составлен авторский диагностический инструмент в форме социологической анкеты и определена стратегия исследования. Опросник состоит из семнадцати вопросов. В результате исследования были получены следующие данные:

- большинство студентов проводят в сети «Интернет» более пяти часов (60%);
- 30% участников опроса порядка от трёх до пяти часов;
- 10% участников опроса не испытывают эмоциональной усталости после использования СМИ;
- 30% никогда не испытывают эмоциональное истощение после информационной перегрузки.

Заключение

Особенности психологического влияния СМИ на студенческую молодежь выражаются в следующих ключевых аспектах:

- повышенная эмоциональная вовлеченность в медиаконтент;
- медийная зависимость и дефицит реальных социальных взаимодействий;
- рост раздражительности и эмоционального выгорания;
- подавляющее большинство опрошенных поддаются влиянию и сравнению себя с нереалистичными идеалами.



Для минимизации негативных последствий воздействия СМИ на психику студенческой молодежи предлагаются следующие меры:

1. Введение в образовательные программы курсов по медиаграмотности. Занятия могут включать в себя изучение принципов работы медиа, механизмов манипуляции общественным мнением, а также обучение инструментам проверки достоверности данных. В результате студенты научатся не только регулировать объем и качество потребляемого контента, но и критически оценивать получаемую информацию.

2. Создание условий для цифрового баланса, включая продвижение «дней без гаджетов», офлайн-активностей и психологических практик в студенческой среде. Проведение мероприятий, направленных на «информационный детокс», организация спортивных, творческих и социальных активностей офлайн помогут молодым людям переключиться, восстановить внутренние ресурсы и укрепить личные коммуникации.

3. Организация профилактических и консультативных программ с участием психологов в вузах, направленных на раннюю диагностику и поддержку студентов. Наличие безопасного пространства для обсуждения личных проблем и эмоций позволит студентам чувствовать поддержку и снизит риск возникновения психологических трудностей, связанных с воздействием СМИ.

4. Развитие позитивного и поддерживающего контента, ориентированного на раскрытие реальных проблем, а не их маскировку глянцевыми образами успеха. Открытое освещение жизненных трудностей и путей их преодоления способствует формированию у молодежи адекватного восприятия мира, снижает уровень тревожности и помогает развивать эмпатию, что в целом благоприятно влияет на психическое здоровье студентов.



Источники и литература/ Sources and references:

1. Психология воздействия: учебное пособие /В.Л.Цветков, Н.В.Шарафутдинова, Е.М.Гончарова. – Москва: ЮСТИЦИЯ, 2023. – 163 с.
2. Саллум А., Караванова Л. Ж. Факторы и последствия воздействия СМИ на молодежь / А. Саллум, Л. Ж. Караванова // Проблемы современного педагогического образования. — 2025. — № 86-3. — С. 354–356.
3. Сафина, А. Р. Особенности социализации студенческой молодежи России / А. Р. Сафина // Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе: Материалы IV Международной научно-практической конференции, Пермь, 06–07 декабря 2017 года. – Пермь: Пермский государственный национальный исследовательский университет, 2017. – С. 51-54.
4. Файзиева Г. У. Средства массовой информации и социальные сети как доминирующие факторы влияния на психоэмоциональное состояние / Г. У. Файзиева // Молодой ученый. — 2024. — № 48 (547). — С. 178–183.
5. Воздействие СМИ на сознание людей [Электронный ресурс]. — URL: <https://irsepi.ru/vozdfejstvie-smi-na-soznanie-lyudej/> (дата обращения: 14.10.2025).
6. Курпатов А. Доклад в Совете Федерации от 12 февраля 2020 г. [Электронный ресурс]. — URL: <https://council.gov.ru/events/news/> (дата обращения: 12.10.2025).
7. Понятие и механизмы психологического влияния. [Электронный ресурс]. — URL: <https://studizba.com/lectures/psihologiya/metody-psihologicheskogo-vliyaniya-i-tehnika-samoregulyacii/17562-ponyatie-i-mehanizmy-psihologicheskogo-vliyaniya.html> (дата обращения: 08.11.2025).



**ВЛИЯНИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ НА СРОКИ ОБРАЩЕНИЯ
ЗА ПОМОЩЬЮ ПАЦИЕНТОВ
С ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

Крыксина 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. В статье анализируется проблема отсрочки обращения за профессиональной помощью пациентами с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР) под влиянием стигмы. На основе анализа современных зарубежных и отечественных исследований рассматриваются ключевые формы стигмы (социальная и самостигматизация), их каналы формирования (СМИ, социальные сети, культурные нормы) и прямое влияние на задержку лечения. Особое внимание уделяется стигматизации пациентов с «табуированными» обсессиями (агрессивные, сексуальные, религиозные), которая создает наибольшие барьеры для обращения. В заключении предложены практические пути дестигматизации, включая психообразование, работу с семьями и коррекцию медиа-контента.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, стигма, самостигматизация, отсрочка лечения, барьеры помощи, табуированные обсессии, дестигматизация.



**THE IMPACT OF STIGMATIZATION ON THE TIMING
OF SEEKING HELP IN PATIENTS WITH
OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER**

Kryxina A. E.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Senior Lecturer A. S. Yakovlev

Abstract. The article analyzes the problem of delayed help-seeking among patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) under the influence of stigma. Based on the analysis of modern foreign and domestic research, the key forms of stigma (social and self-stigmatization), their channels of formation (media, social networks, cultural norms) and the direct impact on treatment delay are considered. Special attention is paid to the stigmatization of patients with «taboo» obsessions (aggressive, sexual, religious), which creates the greatest barriers to seeking help. In conclusion, practical ways of destigmatization are proposed, including psychoeducation, work with families and correction of media content.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, stigma, self-stigma, treatment delay, barriers to care, taboo obsessions, destigmatization.

Введение

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) является хроническим и инвалидизирующим заболеванием, которое входит в десятку самых тяжелых болезней по версии Всемирной организации здравоохранения. Несмотря на существование эффективных методов терапии, такие как когнитивно-поведенческая психотерапия и фармакотерапия СИОЗС, средняя задержка между дебютом симптомов и обращением за помощью составляет, по разным оценкам, от 7 до 10 лет [1]. Одним из ключевых факторов, способствующих этой опасной



отсрочке, является стигматизация расстройства как на уровне общества, так и на уровне личности самого пациента.

Стигма в области психического здоровья давно признана «второй болезнью» [2], создающей барьеры, порой более непреодолимые, чем сами симптомы. Для ОКР эта проблема приобретает особую значимость в связи с природой симптомов, которые могут восприниматься обществом как «странные», «пугающие» или «безнравственные». В последние годы с развитием социальных сетей и массмедиа к традиционным формам стигмы добавились новые — тривиализация и глорификация ОКР, которые, парадоксальным образом, также препятствуют адекватному восприятию болезни и своевременному обращению за помощью [3].

Целью данной работы является анализ влияния различных форм стигмы на сроки обращения за помощью пациентами с ОКР и разработка на этой основе практических рекомендаций по дестигматизации.

Объекты и методы исследования

Для достижения поставленной цели был проведен анализ зарубежных и отечественных научных публикаций. Методология включала систематический обзор и сравнительный анализ статей на русском и английском языках, посвященных проблеме стигмы при ОКР. Критической оценке подверглись данные о распространенности самостигматизации, роли семьи и культурного контекста, а также о специфике барьеров для помощи в зависимости от типа obsessions.

Формы и проявления стигмы, релевантные для ОКР

Стигма, с которой сталкиваются пациенты с ОКР, носит многоуровневый характер.

Социальная стигма проявляется в предрассудках и дискриминационных действиях, когда окружающие воспринимают компульсивные ритуалы как «сумасшедшее» или «странное» поведение, что ведет к насмешкам, социальному



отторжению и изоляции [2]. Пациенты, чьи ритуалы выполняются публично (например, проверки или ритуалы мытья), находятся в зоне особого риска.

Однако наиболее разрушительной формой является **самостигматизация**. Это процесс, при котором пациент начинает перенимать общественные предубеждения, верит в свою неполноценность и испытывает интенсивный стыд за свои симптомы [1, 4]. Некоторые исследования показывают, что 73.6% респондентов с ОКР назвали стыд за свои проблемы главным барьером для обращения за помощью [4]. Особенно уязвимы пациенты с так называемыми «неприемлемыми» или «табуированными» навязчивостями (агрессивные, сексуальные, богохульные мысли). Проблема усугубляется тем, что подобная симптоматика плохо распознается окружающими как проявление ОКР. Исследования показывают, что лишь около 30,9% участников опроса идентифицировали описанные «табуированные» мысли как ОКР, в то время как симптомы контаминации или симметрии узнавались значительно чаще [5]. Таким образом, пациенты не только боятся осуждения общества, но и всерьез беспокоятся, что их мысли могут быть истолкованы как признаки опасной личности, что ведет к страху перед недобровольной госпитализацией [6].

Каналы формирования стигмы

Традиционно основными каналами формирования стигмы являются **средства массовой информации**, которые часто представляют образ психически больного человека как опасного и непредсказуемого [2]. В наше время особую роль в этом играют **социальные сети**, где наблюдается два противоположных, но одинаково вредных «тренда».

С одной стороны, имеет место **тривиализация** ОКР, когда расстройство сводят к «любви к чистоте» или «перфекционизму». Фразы вроде «У меня тоже ОКР, я люблю, когда все идеально разложено» обесценивают реальные страдания пациентов [3].



С другой стороны, встречается **глорификация** или **романтизация** расстройства, когда ОКР представляют как «милую особенность» или источник «творческой одаренности». В таком случае заболевание не воспринимается обществом всерьез, а лишь идентифицируется как незначительная привычка или особенность личности. Анализ комментариев пациентов на Reddit показывает, что они испытывают фрустрацию и чувствуют себя непонятыми из-за такого искаженного образа их болезни в медиа [3].

Семья также может выступать как каналом передачи стигмы, так и способом с ней справиться. Родственники, опасаясь общественного осуждения, часто скрывают диагноз от окружающих, становятся «соучастниками» ритуалов и тем самым невольно способствуют закреплению симптомов и отсрочке профессионального вмешательства [1, 2].

Последствия отсрочки обращения

Промедление с обращением за помощью имеет серьезные последствия. Во-первых, происходит **хронификация расстройства**. Симптомы укореняются, появляются или усугубляются коморбидные состояния (депрессия, тревожные расстройства), а эффективность лечения снижается [1]. Во-вторых, разрушается **социальное и профессиональное функционирование**. Пациенты теряют работу, друзей, семью. В-третьих, возрастает **нагрузка на родственников**, которые сами оказываются в ловушке «courtesy stigma» (стигмы по ассоциации), испытывая стыд и вину [2]. Наконец, откладывание визита к врачу напрямую связано с повышенным риском суицидальных мыслей и поведения, особенно у пациентов с высокой самостигматизацией [1].

Возможные пути дестигматизации

Борьба со стигмой должна вестись на нескольких фронтах.

1. **Психообразование:** Необходимы масштабные просветительские кампании, направленные как на широкую публику, так и на врачей общего



профиля. Цель — демистификация ОКР, объяснение, что навязчивые мысли — это не желания, а симптомы болезни.

2. **Работа с семьями:** Создание групп поддержки для родственников пациентов с ОКР помогает снизить их собственную стигматизацию, обучить эффективным стратегиям поведения (отказ от участия в ритуалах) и превратить семью из фактора поддержания болезни в ресурс выздоровления [1].

3. **Коррекция медиа-повестки:** Сотрудничество с создателями контента в социальных сетях и СМИ для продвижения точных и человечных образов ОКР, без тривиализации и глорификации. Эффективным инструментом может стать привлечение к созданию просветительских материалов самих людей с ОКР, что обеспечит достоверность и эмпатичную подачу информации.

4. **Раннее вмешательство:** Специализированные скрининговые программы в учебных заведениях и поликлиниках могут помочь выявить расстройство на ранних стадиях, до того, как стигма и хронификация усугубят ситуацию.

Заключение

Стигма остается мощным барьером на пути к своевременной помощи при ОКР. Она многолика: от открытого общественного неприятия до глубоко укорененного внутреннего стыда, который заставляет годами скрывать мучительные симптомы. Особую группу риска составляют пациенты с «табуированными» obsessions, для которых страх осуждения и непонимания максимально высок. Ситуация осложняется низкой осведомленностью общества о том, что такие мысли являются симптомом ОКР, а не отражением личности пациента [5].

Борьба с этим явлением требует комплексного, междисциплинарного подхода, объединяющего усилия врачей, психологов, социальных работников, журналистов и самих пациентов. Только создавая среду, свободную от



предрасудков, и давая людям точную информацию о расстройстве, появляется возможность сократить многолетнее промедление и помочь людям с ОКР вернуть контроль над своей жизнью. Дальнейшие исследования должны быть сфокусированы на оценке эффективности конкретных антистигматических программ именно в российском социокультурном контексте.

Источники и литература / Sources and references:

1. Ociskova M., Prasko J., Cerna M. et al. obsessive compulsive disorder and stigmatization // *Activitas Nervosa Superior Rediviva*. — 2013. — Т. 55. — №. 1–2. — С. 19–26.
2. Stengler-Wenzke K. et al. Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive compulsive disorder // *Archives of psychiatric nursing*. — 2004. — Т. 18. — №. 3. — С. 88-96.
3. Василенко С.И., Баракина А.А. Фрейминг обсессивно-компульсивного расстройства: тривиализация и глорификация ментального расстройства в онлайн-пространстве // *Наука в мегаполисе*. 2023. Вып. №5(50).
4. Glazier K. et al. Stigma and shame as barriers to treatment for obsessive-compulsive and related disorders // *Journal of Depression and Anxiety*. — 2015. — Т. 4. — №. 3. — С. 191.
5. McCarty R. J. et al. Stigma and recognition of different types of symptoms in OCD // *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. — 2017. — Т. 12. — С. 64-70.
6. Cathey A. J., Wetterneck C. T. Stigma and disclosure of intrusive thoughts about sexual themes // *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. — 2013. — Т. 2. — №. 4. — С. 439-443.



**БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО:
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ**

Кузнецова Е. 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 данной статье рассмотрены основные направления изучения биполярного аффективного расстройства (БАР), а именно более глубокое исследование влияния генов на патогенез, перспективы развития новых методов диагностики и альтернативный подход в назначении фармакотерапии с целью поиска более эффективной схемы лечения.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, фармакотерапия, генетическая предрасположенность.

**BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER: A NEW PERSPECTIVE
ON PATHOGENESIS, DIAGNOSIS, AND TREATMENT**

Kuznetsova E. V.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Senior Lecturer A. S. Yakovlev

Abstract. This article discusses the main areas of study of bipolar affective disorder (BAR), namely, a deeper study of the influence of genes on pathogenesis, prospects for the development of new diagnostic methods and an alternative approach to prescribing pharmacotherapy in order to find a more effective treatment regimen.

Keywords: bipolar affective disorder, pharmacotherapy, genetic predisposition.



Цель работы - анализ современных исследований на тему диагностики и лечения биполярного аффективного расстройства.

Материалы и методы исследования: анализ научной литературы по базам данных: eLibrary, PubMed, BMC Medicine.

Результаты и их обсуждение

Биполярное аффективное расстройство (БАР) является хроническим рецидивирующим психическим расстройством аффективной сферы, часто приводящим к нарушению поведения и социального функционирования, основной чертой которого является развитие маниакальных, гипоманиакальных или смешанных состояний.

Согласно современной классификации, выделяют БАР I типа, для которого характерно синдромальная мания и БАР II типа при наличии в клинической картине субсиндромальной мании (гипомании), циклотимия при наличии хронических субсиндромальных аффективных колебаний [1].

Заболевание чаще всего манифестирует в молодом возрасте — до 20 лет, однако имеют место случаи появления клинической картины после 50 лет — гериатрическое БАР [2].

Классическая картина БАР представляет собой чередование между эпизодами мании (возбуждения, повышенного настроения) и депрессии. Эти эпизоды могут протекать как последовательно сменяющие друг друга, так и с периодами эутимии после эпизода мании или депрессии. Количество эпизодов в каждой фазе и их продолжительность индивидуальна для каждого пациента, однако у большинства продолжительность депрессивного эпизода значительно больше, что является причиной обращения к врачу.

Основная трудность в диагностике БАР заключается в том, что психиатрия по-прежнему во многом опирается на диагностические категории XIX века. Они основаны на группах симптомов, а не на биологических маркерах, и для их лечения



используются препараты, случайно открытые несколько десятилетий назад. Биполярное расстройство является типичным примером такого положения дел. Важной причиной такого застоя стало отсутствие реального прогресса в изучении его причин и лежащей в его основе биологии, помимо хорошо известной высокой наследуемости.

Основными факторами риска развития БАР являются генетические, но также играют роль факторы окружающей среды, в том числе неблагоприятные события в детстве.

Как и при многих других психиатрических расстройствах существует множество локусов, указывающих на предрасположенность к конкретному заболеванию. В случае БАР локусы предрасположенности во многом совпадают с таковыми при шизофрении, что затрудняет изучение особенностей патогенеза.

По результатам метаанализа полногеномных исследований (GWAS) проведенного в 2009 году были выявлены ген анкирина 3 (ANK3) и ген субъединицы 1с потенциалзависимого кальцевого канала (CACNA1C) оказывающими влияние на патогенез БАР [3].

Предполагается что однонуклеотидный полиморфизм ANK3 приводит к нарушению функционирования нервных цепей и как следствие к ухудшению когнитивных способностей (устойчивости внимания, гибкости поведения, рабочая память) [5].

Ген CACNA1C отвечает за кодирование альфа-субъединицу потенциалзависимого кальцевого канала L-типа может быть фактором риска развития биполярного аффективного расстройства (БАР). Однонуклеотидным полиморфизм в гене CACNA1C может приводить к аномальной активности в некоторых областях мозга и изменению лобно-лимбических связей, а, следовательно, приводит к нарушению регуляции настроения и принятия решений и проблемы с обработкой эмоций.



Дальнейшее изучение генов и их влияния на патогенез БАР поможет разработать стратегию более эффективного лечения [3].

В клинической практике основные трудности в постановке диагноза связаны с многообразием симптоматики БАР, его сходства с другими психическими расстройствами и стертость клиники у некоторых пациентов. Согласно клиническим рекомендациям РФ от 2025 года диагностический алгоритм при БАР включает в себя сбор анамнеза и жалоб, а также проведения осмотра кожных покровов с целью выявления следов от инъекций для исключения факта приема пациентом ПАВ или лекарственных препаратов, которые могут вызывать маниакальные или депрессивные симптомы [1].

Диагностика учитывает исключительно субъективные ощущения пациента, а тяжесть процесса определяется психометрическими методами, то есть путем заполнения опросников:

- Опросник расстройств настроения (Mood Disorder Questionnaire, MDQ) — используется для скрининга, выявления маниакальных или гипоманиакальных симптомов в анамнезе.
- Опросник гипомании (Hypomania Checklist, HCL-32) — предназначен для самостоятельного выявления симптомов гипомании в анамнезе.
- Шкала маний Янга (Young Mania Rating Scale, YMRS) — клинический инструмент для оценки выраженности маниакальных симптомов [4].

В 2022 году компанией ALCEDIAG был разработан анализ EDIT-B — это тест на основе анализа крови, предназначенный для дифференциальной диагностики биполярного расстройства (БАР) и большого депрессивного расстройства (БДР), так как оба этих заболевания имеют схожий патогенез и клиническую картину на ранних периодах заболевания.

EDIT-B объединяет биологический анализ (целевое секвенирование РНК) и программную интерпретацию с помощью алгоритма, разработанного с помощью



искусственного интеллекта (ИИ). Биомаркеры редактирования РНК, которые анализируются в тесте, — это изменения в экспрессии генов, связанные с заболеваниями, включая биполярное расстройство и депрессию.

Достижения в области разработки биомаркеров обещают произвести революцию в рекомендациях по лечению и выявить новые цели для раннего вмешательства и профилактики рецидивов. Распознавание ранних признаков рецидива может указывать на несоблюдение режима лечения, предупреждая медицинских работников и информируя пациентов. Продолжающийся прогресс в технологиях измерения биомаркеров представляет собой инновационный скачок, который может позволить прогнозировать и предотвращать неблагоприятные клинические исходы, предоставляя актуальную информацию о текущем клиническом состоянии пациента, а также прогнозные данные о возможных рецидивах в будущем, что в конечном итоге улучшит самочувствие пациентов. Кроме того, это позволит пациентам самостоятельно следить за состоянием своего здоровья и принимать взвешенные решения относительно альтернативных методов лечения. Конечная цель — улучшить результаты лечения пациентов с помощью доступных технологий.

Тест EDIT-B клинически проверен на двух независимых когортах. В одном из исследований на 160 пациентах с униполярной депрессией и 95 пациентах с биполярным расстройством тест показал высокую специфичность - 84% и уже доступен в некоторых странах, например, во Франции, Италии и Швейцарии [4].

Лечение БАР заключается в купировании симптомов, поддержании эутимии и противорецидивной терапии.

Выбор препарата купирующей терапии маниакального синдрома должен проводиться с учетом последующего профилактического этапа терапии и учитывать индивидуальную переносимость пациентом выбранного лекарственного средства при длительном применении. Вальпроевая кислота предпочтительнее



лития карбоната, т.к. не требует регулярного мониторинга плазменной концентрации и обладает более благоприятным профилем побочных эффектов. При маниакальном синдроме противоэпилептические препараты (окскарбазепин, топирамид) и блокаторы кальциевых каналов могут применяться как препараты второй линии. Пациентам с тяжелой манией и сильным психомоторным возбуждением или при мании с психотическими симптомами с целью быстрого купирования симптомов терапию сразу начинать с комбинации нормотимической терапии и антипсихотического средства (АВП или галоперидол).

После купирования острого МС для всех больных с целью предотвращения рецидива симптоматики на этапе стабилизации состояния (долечивание) терапию нормотимиками или комбинацией препаратов продолжать на протяжении 3-4 месяцев.

Основой терапии биполярной депрессии (БД) лежит применение нормотимиков к которым относятся препараты лития, противосудорожных средств (карбамазепин, депакин), антипсихотики второго поколения (кветиапин, клозапин и оланзапин) и антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) [1].

У пациентов с БД в сочетании с психотической симптоматикой рекомендуется комбинация антидепрессанта с антипсихотиками, которая не всегда показывает высокую эффективность. Ламтриджин известный как противоэпилептический стабилизатор настроения, одобрен регулирующими органами в качестве поддерживающей терапии при биполярном расстройстве для предотвращения рецидивов, преимущественно депрессивных эпизодов. В отношении монотерапии ламотриджином в острой фазе биполярной депрессии ранее был проведен мета-анализ, который показал значимую эффективность перед плацебо [7].



Было доказано, что ламотриджин и клозапин могут оказывать синергетический эффект, а также эффективен в терапии пациентов с резистентностью к клозапину. Так же ламотриджин показал эффективность не только как препарат поддерживающей терапии при БАР, но и как препарат для купирования острой фазы БД с психомоторной заторможенностью и бредом вины в комбинации с препаратами лития [8].

В качестве реабилитации пациентов с БАР применяется разные психотерапевтические методы: КПТ, межличностная терапия, диалектическая поведенческая терапия.

В отношении КПТ в 2014 году был проведен мета-анализ, который показал преимущество данного метода перед остальными, т.к. КПТ направлена на устранение серьёзного влияния текущих симптомов (включая депрессию, тревожность, раздражительность и гипоманию) и проблем (включая жизненные цели, связанные с работой и социальной жизнью), которым уделяется меньше внимания в рамках подходов к предотвращению рецидивов.

Заключение

На данный момент изучение БАР сосредоточено на более глубоком понимании генетических и нейрофизиологических механизмов патогенеза расстройства, на основе которых в будущем будет возможна разработка новых диагностических методов для более точной постановки диагноза. В вопросе лечения БАР происходит более углубленное исследование применяемых в клинической практике препаратов с целью выявления новых вариантов использования при разных вариантах течения БАР.

Источники и литература / Sources and references:

1. Биполярное аффективное расстройство: МКБ 10: F31: клинические рекомендации / Министерство Здравоохранения Российской Федерации, Общественная организация «Российское общество психиатров». – Москва, 2025. –



Текст : электронный / Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ : [сайт]. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/675_2 (дата обращения: 28.10.2025).

2. Benedetti, Alessandra et al. “bipolar disorder in late life: clinical characteristics in a sample of older adults admitted for manic episode.” *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH* vol. 4 22. 29 Jul. 2008, doi:10.1186/1745-0179-4-22

3. Harrison, Paul J et al. “The Emerging Neurobiology of Bipolar Disorder.” *Trends in neurosciences* vol. 41,1 (2018): 18-30. doi: 10.1016/j.tins.2017.10.006

4. Мосолов С. Н., Валидизация Российской версии опросника HCL-32 для выявления пациентов с биполярным аффективным расстройством II типа среди больных, наблюдающихся с диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства / Мосолов С.Н, Ушкалова А.В, Костюкова Е.Г./ *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/validizatsiya-rossiyskoy-versii-oprosnika-hcl-32-dlya-vyyavleniya-patsientov-s-bipolyarnym-affektivnym-rasstroystvom-ii-tipa-sredi> (дата обращения: 28.10.2025).

5. Leussis, Melanie P et al. “Ankyrin 3: genetic association with bipolar disorder and relevance to disease pathophysiology.” *Biology of mood & anxiety disorders* vol. 2 p18. 1 Oct. 2012, doi:10.1186/2045-5380-2-18

6. Miranda-Mendizabal, Andrea et al. “RNA editing-based biomarker blood test for the diagnosis of bipolar disorder: protocol of the EDIT-B study.” *Annals of general psychiatry* vol. 24,1 7. 6 Feb. 2025, doi:10.1186/s12991-024-00544-8

7. Geddes JR, Calabrese JR, Goodwin GM. Lamotrigine for treatment of bipolar depression: independent meta-analysis and meta-regression of individual patient data from five randomised trials. *British Journal of Psychiatry*. 2009;194(1):4-9. doi:10.1192/bjp.bp.107.048504



8. Kajiya, T., Sugawara, H., Kajio, Y. *et al.* Effect of lamotrigine in the treatment of bipolar depression with psychotic features: a case report. *Ann Gen Psychiatry* 16, 31 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12991-017-0154-2>

НИЗКАЯ САМООЦЕНКА: АНАЛИЗ ПОНЯТИЯ, ОБСУЖДЕНИЕ ПРИЧИН ЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Куянова А. А.

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 низкой самооценки, причин возникновения. В работе рассмотрены основные виды самооценки, а также выделены их особенности и проявления. Проведен анализ факторов, способствующих развитию низкой самооценки, включая психологические, социальные, биологические и экологические причины.

Ключевые слова: самооценка, адекватная самооценка, завышенная самооценка, низкая самооценка.

LOW SELF-ESTEEM: ANALYSIS OF THE CONCEPT, DISCUSSION OF THE REASONS FOR ITS OCCURRENCE AND PRACTICAL RESEARCH

Kuyanova A. A.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – PhD in Psychology, Associate Professor E. V. Valiullina

Abstract. This research paper is devoted to the analysis of the concept of low self-esteem, the causes of its occurrence. The paper discusses the main types of self-esteem,



as well as highlights their features and manifestations. An analysis of the factors contributing to the development of low self-esteem, including psychological, social, biological, and environmental causes, has been conducted.

Keywords: self-esteem, adequate self-esteem, overestimated self-esteem, and low self-esteem.

Актуальность темы заключается в том, что низкая самооценка связана с развитием тревожных расстройств, депрессии и суицидального поведения. Это создает необходимость разработки эффективных методов диагностики и коррекции состояния пациентов с подобными проблемами.

Цель исследования: провести сравнительный анализ уровня самооценки у женщин и мужчин.

Объект исследования: психологическая характеристика личности, связанная с формированием и проявлением низкой самооценки.

Предмет исследования: уровень самооценки мужчин и женщин.

Методы исследования: теоретический анализ, тестирование, сравнительный анализ, статистическая обработка.

Самооценка представляет собой процесс осознания человеком собственных качеств, способностей, достоинств и недостатков, а также формирование внутреннего отношения к самому себе. Самооценка является важнейшим компонентом самосознания и оказывает значительное влияние на поведение, мотивацию и жизненный успех индивида.

Самооценка включает два основных компонента:

- когнитивный компонент: осознание и оценка своих личностных характеристик, способностей, достижений и неудач.
- эмоциональный компонент: отношение к самим оценкам, сопровождающиеся положительными или отрицательными эмоциями [4].



Самооценка выполняет ряд важных функций в психической жизни человека:

1. Регуляторная функция. Самооценка регулирует поведение и деятельность человека. Люди с высоким уровнем самооценки склонны проявлять инициативу, ставить перед собой цели и достигать их, тогда как низкий уровень самооценки может приводить к пассивности и отказу от активных действий.

2. Защитная функция. Высокая самооценка защищает личность от негативных воздействий окружающей среды, способствует формированию устойчивости к стрессовым ситуациям и повышает адаптационные возможности организма.

3. Оценочная функция. Человек постоянно сравнивает себя с другими людьми, ориентируясь на социальные нормы и стандарты. Этот процесс позволяет человеку оценивать свои достижения относительно окружающих, формируя представления о собственной значимости и ценности.

4. Прогностическая функция. Самооценка помогает человеку прогнозировать возможные исходы ситуаций и выбирать наиболее эффективные стратегии поведения. Чем точнее представление о своих возможностях, тем эффективнее будут предпринятые действия.

5. Формирование Я-концепции. Самооценка тесно связана с понятием Я-концепции, представляя собой ядро внутренней структуры личности. От уровня самооценки зависит степень уверенности в себе, чувство собственного достоинства и способность к самовыражению.

Таким образом, самооценка играет ключевую роль в формировании личности и её адаптации к социальным условиям, влияя на развитие мотивации, достижение целей и общую удовлетворенность жизнью.



Виды самооценки:

- адекватная самооценка. Человек объективно оценивает свои способности, качества и потенциал. Его мнение о себе соответствует реальности и подкрепляется фактическими результатами.

- завышенная самооценка. Индивид переоценивает собственные возможности, считая себя лучше других без достаточных оснований. Часто проявляется в необоснованной самоуверенности и заниженных ожиданиях от окружающих.

- заниженная самооценка. Субъект недооценивает свои таланты и умения, воспринимая себя хуже, чем есть на самом деле. Может проявляться в неуверенности, страхе неудачи и избегании ответственности [2, 3].

Формирование самооценки человека происходит под воздействием множества факторов, как внутренних, так и внешних [7]. Ниже приведены ключевые группы факторов, оказывающих наибольшее влияние на этот процесс.

Внутренние факторы:

1. Физическое здоровье и внешность. Внешняя привлекательность и физическое состояние играют важную роль в оценке человеком своей привлекательности и привлекательности для окружающих.

Проблемы со здоровьем, дефекты внешности могут негативно сказываться на самооценке.

2. Интеллектуальные способности. Уровень интеллектуальных возможностей существенно влияет на самооценку. Высокий уровень интеллекта и успехи в учебе способствуют повышению самооценки, в то время как неуспехи и низкие показатели снижают восприятие себя.

3. Особенности темперамента и характера. Темперамент определяет реакцию человека на внешние раздражители, устойчивость к стрессу и общий фон настроения. Особенности характера, такие как решительность, настойчивость,



независимость или наоборот, застенчивость, нерешительность влияют на самооценку.

4. Прошлый опыт и детские впечатления. Ранние годы жизни оказывают огромное влияние на дальнейшее формирование самооценки. Положительные эмоции, поддержка родителей, позитивный детский опыт формируют высокую самооценку, в то время как негативное детство ведет к пониженной самооценке.

5. Генетический фактор. Наследственность и генетически предопределённые черты также участвуют в процессе формирования самооценки. Например, наследуемые склонности к определённым заболеваниям, физическим характеристикам, особенностям нервной системы.

Внешние факторы: Семейное воспитание. Семья играет решающую роль в развитии самооценки ребенка. Поддерживающая атмосфера, принятие ребёнка таким, какой он есть, родительская любовь способствуют формированию здоровой самооценки. Напротив, критика, жестокое обращение, отсутствие поддержки ведут к низкой самооценке. Общественное мнение и культура. Культурные стереотипы и общественные установки относительно красоты, успешности, нормальности сильно влияют на самооценку. Если человек не вписывается в общепринятые рамки, это может привести к ощущению неполноценности и снижению самооценки. Образование и профессиональная карьера. Успех в учёбе и профессиональной деятельности положительно сказывается на самооценке. Достижения и признание повышают ощущение собственной компетентности и значимости. Друзья и круг общения. Близкое окружение и друзья способны значительно влиять на самооценку. Одобрение сверстников, дружеские связи укрепляют веру в себя, а негативная реакция или одиночество приводят к сомнениям в собственных силах. Средства массовой информации и технологии. Современная массовая культура активно формирует идеалы красоты, богатства, престижа. Подверженность воздействию рекламы, социальных сетей,



киноиндустрии заставляет людей сравнивать себя с нереалистичными образцами и испытывать неудовлетворённость собой [6].

Межкультурные различия: важно учитывать культурные особенности в изучении самооценки. В некоторых культурах больше ценится скромность и коллективизм, что снижает значимость индивидуальной самооценки. Другие культуры поощряют амбициозность и стремление выделяться, повышая важность самооценки. Низкая самооценка проявляется в различных аспектах жизни человека, оказывая воздействие на его поведение, мышление и взаимодействие с окружающим миром. Рассмотрим основные сферы, в которых заметно проявляются признаки низкой самооценки.

Личные и семейные отношения. Страх близости и недоверие к другим. Человек с низкой самооценкой испытывает трудности в построении доверительных отношений, боится показать свою слабость и уязвимость. Он предпочитает избегать глубоких эмоций и чувств, опасаясь критики или отказа. Зависимое поведение. Желание угодить другим, постоянная потребность в одобрении и поддержке со стороны партнера, желание соответствовать чужим ожиданиям — всё это характерно для людей с низкой самооценкой. Выбор неподходящих партнеров. Из-за страха остаться одному человек может вступать в токсичные или зависимые отношения, терпит плохое обращение, унижение и контроль со стороны партнёра. Профессиональная жизнь и карьера. Избегание риска и новых начинаний. Боясь совершить ошибку или потерпеть поражение, человек отказывается от интересных проектов, рабочих предложений, остается на низших позициях, ограничивая собственный профессиональный рост.

Перфекционизм и прокрастинация. Страх сделать что-то неправильно вызывает перфекционизм, заставляющий бесконечно откладывать дела, доводя их до совершенства. Такой подход тормозит прогресс и усиливает внутреннее напряжение. Трудности в принятии решений. Недостаточное доверие своим



знаниям и опыту затрудняет выбор оптимального решения, приводит к постоянным колебаниям и внутренним конфликтам. Финансовая сторона жизни. Недостаточный заработок. Низкий уровень самооценки нередко сопровождается недостаточной уверенностью в своих финансовых перспективах, приводящей к выбору низкооплачиваемых работ, согласию на меньшую оплату труда. Скромность в денежных вопросах. Такие люди редко требуют повышения зарплаты, боясь показаться наглыми или жадными, что препятствует росту доходов и ухудшает финансовое положение. Здоровье и физическая активность.

Забота о собственном здоровье. Люди с низкой самооценкой менее внимательны к своему здоровью, реже посещают врачей, пренебрегают профилактикой заболеваний, занимаются самолечением, что ведет к ухудшению самочувствия и обострению хронических болезней. Малоподвижный образ жизни. Недоверие к собственному телу и боязнь публичного выступления препятствуют занятиям спортом, поддержанию физической формы, что дополнительно усугубляет состояние физического здоровья. Творческая реализация и хобби. Нежелание демонстрировать свои творческие способности. Людям с низкой самооценкой трудно показывать плоды своего творчества публике, поскольку они боятся критики, неодобрения или провала [1]. Ограниченное участие в общественной жизни. Неверие в собственную уникальность и талантливость удерживает человека от участия в общественных мероприятиях, культурной жизни города, волонтерских проектах, лишая его радости творчества и общественного признания. Социальные взаимодействия. Коммуникационные барьеры. Сложности в установлении контактов с новыми людьми, трудности поддержания разговора, нежелание выступать публично являются признаками низкой самооценки. Разрыв социальных связей. Изоляция от социума, замкнутый образ жизни возникают вследствие страхов оказаться отвергнутым обществом, нелюбви к себе и



отсутствия веры в свое право занимать достойное место в обществе. Влияние на обучение и образование – страх перед учебной и экзаменационной нагрузкой.

Учащиеся с низкой самооценкой испытывают сильные тревоги перед сдачей экзаменов, тестов, избегают сложных предметов, предпочитая легкие пути освоения знаний. Снижение успеваемости. Нежелание проявлять инициативу, неспособность сосредоточиться на занятии.

Повышение самооценки – это длительный процесс, требующий осознанного подхода и усилий. Существует множество путей и техник, помогающих укрепить самооценку и изменить взгляд на себя и мир вокруг. Вот некоторые из них:

Осознанность и работа над мышлением:

1. Развитие положительного мышления. Один из первых шагов – заменить негативные мысли на положительные утверждения («аффирмации»). Важно научиться видеть свои успехи и достоинства, несмотря на мелкие неудачи.

2. Работа с внутренним критиком. Следует отслеживать внутренние голоса, критикующие вас, и постепенно заменять их конструктивными мыслями и поддержкой.

3. Освоение техники осознанности (mindfulness). Эта практика учит присутствовать в настоящем моменте, принимать свои чувства и мысли без осуждения, что помогает снизить самокритику и повысить внутреннюю гармонию.

Саморазвитие и личностный рост:

4. Постановка реалистичных целей. Постановка четких, достижимых целей помогает почувствовать удовлетворение от достигнутого результата и укрепляет веру в свои силы.

5. Расширение зоны комфорта. Постепенное расширение границ возможного позволяет ощутить новый опыт, развивает уверенность в себе и открывает новые перспективы.



6. Участие в образовательных программах и тренингах. Получение новых знаний и навыков улучшает восприятие себя, расширяя кругозор и открывая новые горизонты для роста.

Работа с телом и здоровым образом жизни:

7. Регулярные физические упражнения. Занятия спортом улучшают самочувствие, повышают энергию и способствуют выработке эндорфинов, гормонов счастья, улучшающих настроение и самооценку.

8. Правильное питание и отдых. Полноценное питание и достаточное количество сна необходимы для нормального функционирования мозга и сохранения энергии.

9. Практики релаксации и йога. Медитация, дыхательные практики и йога помогают снять стресс, расслабиться и восстановить равновесие.

Изменение образа жизни и привычек:

10. Создание списка своих достижений. Запись всех больших и маленьких побед напоминает вам о ваших талантах и успехах, поднимая самооценку.

11. Изменение круга общения. Окружение влияет на наше мировосприятие. Постарайтесь общаться с позитивными, уверенными в себе людьми, которые поддерживают ваши стремления.

12. Минимизация негативного влияния масс-медиа. Ограничьте просмотр материалов, провоцирующих комплексы и сравнения с идеализированными образами.

Результаты исследования

Исследование проводилось среди студентов третьего курса медицинского университета г. Кемерово. Для проведения исследования был сформирован отбор респондентов, отражающий разнообразие социально-психологических и этнических характеристик. Выборка включала представителей различных социальных групп с целью получения репрезентативных данных об уровне



самооценки. Всего в исследовании приняли участие 52 человека, среди которых были мужчины и женщины одного возраста. При отборе учитывались факторы, влияющие на проявление низкой самооценки. Использовались методы анкетирования и тестирования. Были применены следующие методики:

- Методика диагностики уровня самооценки, разработанная Н.А. Казанцевой.
- Тест Дембо-Рубинштейна [5].

Методика диагностики уровня самооценки, разработанная Н.А. Казанцевой, состоит из двух частей:

Часть I: Опросник для выявления общей самооценки.

Испытуемый отвечает на ряд вопросов, оценивая степень согласия или несогласия с утверждениями по шкале от 1 («полностью не согласен») до 5 («полностью согласен»). Вопросы касаются восприятия собственной внешности, способностей, социальных качеств и поведения.

Часть II: Оценочная таблица.

Вторая часть методики предполагает самостоятельную оценку испытуемым собственных качеств и сравнение их с воображаемым идеальным образом. Испытуемый выбирает одну из предложенных характеристик, относящихся к физическим данным, интеллектуальным способностям, эмоциональному состоянию и другим аспектам личности, и оценивает её значимость и наличие в собственном образе.

Интерпретация результатов.

Подсчет баллов осуществляется путем суммирования всех полученных значений. Затем вычисляется средний балл, который интерпретируется следующим образом: низкий уровень самооценки (менее 20 баллов); средний уровень самооценки (20–35 баллов); высокий уровень самооценки (более 35 баллов).

Процедура проведения теста: тест Дембо-Рубинштейна основан на визуальной оценке вертикальных шкал, каждая из которых соответствует



определённой характеристике или качеству человека. Шкала делится на десять равных интервалов, представляющих уровни выраженности признака. Участники выполняют два задания: оценка текущего состояния: Участнику предлагается отметить точку на каждой шкале, соответствующую своему мнению о том, насколько развито данное качество именно у него в настоящий момент. Определение желаемого уровня: после первого этапа участник снова отмечает точку на той же шкале, обозначающую идеальный уровень развития соответствующего качества, которого бы он хотел достичь.

По результатам оценивается разница между отметками, характеризующая дистанцию между актуальным состоянием и уровнем притязания участника.

Анализ результатов: адекватная самооценка. Минимальная разница между точкой актуальной самооценки и идеальной целью, отсутствие значительного разрыва. Завышенная самооценка. Актуальное положение близко к верхней границе шкалы, точка желаемого находится ниже точки реального самоощущения. Заниженная самооценка. Реальные показатели расположены значительно ниже желаемого уровня, свидетельствуя о неудовлетворённости собой.

Анализ полученных данных показал, что около 18% опрошенных имеют низкую самооценку. Среди наиболее распространенных причин были выделены недостаточная родительская поддержка, трудности адаптации к новым условиям учебы и негативное восприятие собственного внешнего вида. Также 57% опрошенных имеют среднюю самооценку, 25% высокую самооценку.

Заключение

Проблема низкой самооценки представляет собой серьезную угрозу психологическому здоровью и благополучию человека. Для эффективного решения этой проблемы необходимы комплексные меры, включающие психологическую помощь, поддержку семьи и друзей, а также индивидуальные усилия каждого человека по повышению своей самооценки.



Источники и литература/ Sources and references:

1. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. Москва: Прогресс, 1986.
2. Валиуллина Е. В. Перспективы медицинского образования: иммерсивные методы обучения // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2021. Т. 2. № 1. С. 39-41.
3. Валиуллина, Е. В. Эмпатические способности и самооценка личности в молодом возрасте / Е. В. Валиуллина // Научный вестник Крыма. -2019. - № 5 (23). - С. 12.
4. Кон, И.С. Социальная психология личности. Москва: Издательство МГУ, 1984.
5. Реан, А.А., Коломинский Я.Л. Психология личности школьника и формирование коллектива. СПб.: Питер, 2001.
6. Хорни, К. Невротическая личность нашего времени. Москва: Академия, 1993.
7. Фрейд, З. Основные принципы психоанализа. Минск: Попурри, 2003.

ОТНОШЕНИЕ К ТЕЛЕМЕДИЦИНЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА, МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ЛЮДЕЙ, НЕ СВЯЗАННЫХ С МЕДИЦИНОЙ

Лагодовец А. А., Цуранова С. В.

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

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

Научный руководитель – ассистент Д. А. Калинин

Аннотация. Телемедицина, как относительно новая область медицинской практики, стремительно набирает популярность и становится неотъемлемой частью системы здравоохранения во многих странах мира. Используя современные



технологии связи и информационные системы, телемедицина предоставляет возможность пациентам получать медицинские консультации и услуги дистанционно, что особенно актуально в условиях современного ритма жизни и дефицита кадров. Но, учитывая, что люди часто скептически относятся к нововведениям, ключевым для нас является выяснение позиции врачей, студентов медицинских вузов и тех, кто далек от сферы здравоохранения, по отношению к телемедицине.

Ключевые слова: телемедицина, социология, статистика, медицинская статистика, здравоохранение.

THE ATTITUDE OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS, MEDICAL PROFESSIONALS, AND PEOPLE OUTSIDE OF MEDICINE TOWARDS TELEMEDICINE

Lagodovets A. A., Tsuranova S. V.

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

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Assistant D. A. Kalinin

Abstract. Telemedicine, as a relatively new field of medical practice, is rapidly gaining popularity and becoming an integral part of the healthcare system in many countries around the world. Using modern communication technologies and information systems, telemedicine provides an opportunity for patients to receive medical consultations and services remotely, which is especially important in the context of the modern rhythm of life. But, given that people are often skeptical about innovations, the key for us is to clarify the position of doctors, medical students and those who are far from the healthcare sector in relation to telemedicine.

Keywords: telemedicine, sociology, statistics, medical statistics, healthcare.



Введение

Внедрение и широкое распространение технологий в современной жизни стимулирует появление инновационных подходов во всех областях, в том числе в здравоохранении [1]. Важнейшим условием успешного внедрения технологий является учёт точки зрения как медицинских специалистов, предоставляющих услуги, так и пациентов, которые их получают [2].

Для эффективного внедрения телемедицинских технологий в повседневную практику необходимо тщательно исследовать общественное мнение и восприятие этих услуг с целью выявления как существующих барьеров, так и возможных преимуществ [3].

Восприятие телемедицины среди населения складывается под воздействием ряда факторов, включая степень информированности, доступность технических средств, культурные особенности и индивидуальные предпочтения [4].

Понимание отношения пациентов к телемедицине играет решающую роль в разработке эффективных стратегий её интеграции в действующую систему здравоохранения [5].

Материалы и методы

Объектом исследования стали 427 респондентов, представляющих три социальные группы: лица, не связанные с медициной, студенты медицинских вузов и практикующие врачи; каждый участник выступал в качестве отдельной единицы наблюдения.

Для сбора данных было проведено кросс-секционное (одномоментное) социологическое исследование с использованием анкетирования — метода, выбранного как наиболее подходящий для оценки текущего отношения к телемедицине у различных социальных групп в определённый момент времени.

Генеральную совокупность составило взрослое население Кемеровской области — Кузбасса в возрасте от 18 лет и старше.



Результаты

В исследовании приняли участие 427 человек из которых: не связанных с медициной 145 (34%), студентов медицинских вузов 157 (37%), практикующих врачей 125 (29%).

В таблице 1 представлена оценка анкетированных своих знаний о услугах, оказываемых в телемедицине. В таблице видно, что люди, не относящиеся к медицине, в основном, оценивают свои знания как средние (34,5 %) или высокие (36,6%). Большинство студентов медицинских вузов оценили свои знания как высокие (41,5 процентов) и средние (27,4%). Мнение практикующих врачей разделилось между очень низкими знаниями (24,8%), низкими (31,2%) и средними (29,6%). В итоге можно сказать, что более половины всех респондентов оценивают свои знания как средние (30,4%) или высокие (30,4%).

Таблица 1.

Мнение людей о своих знаниях телемедицинских услуг

	Очень низкие	Низкие	Средние	Высокие	Очень высокие	Итог
Человек не относящийся к медицине	8 (5,5%)	18 (12,4%)	50 (34,5%)	53 (36,6%)	16 (11%)	145
Студент медицинских вузов	19 (12,1%)	10 (6,3%)	43 (27,4%)	65 (41,5%)	20 (12,7%)	157
Практикующий врач	31 (24,8%)	39 (31,2%)	37 (29,6%)	12 (9,6%)	6 (4,8%)	125
Итог	58 (13,7%)	67 (15,7%)	130 (30,4%)	130 (30,4%)	42 (9,8%)	427

В таблице 2 представлены данные об использовании услуг телемедицины участниками опроса. Люди, не относящиеся к медицине чаще, пользовались



услугами телемедицины (61,4%), чем нет (38,6%). Среди студентов медицинских вузов количество пользовавшихся услугами и нет примерно равно. Практикующие врачи в большинстве своем не пользовались услугами телемедицины (57,6%). Исходя из полученных данных можно сказать, о том, что среди всех опрошенных лишь половина людей пользовалась услугами телемедицины.

Таблица 2

Количество респондентов, воспользовавшихся услугами телемедицины

	Да	Нет	Итог
Человек, не относящийся к медицине	89(61,4%)	56(38,6%)	145
Студент медицинского университета	79(50,3%)	78(49,7)	157
Практикующий врач	53(42,4%)	72(57,6%)	125
Итог	221(51,8%)	206(48,2)	427

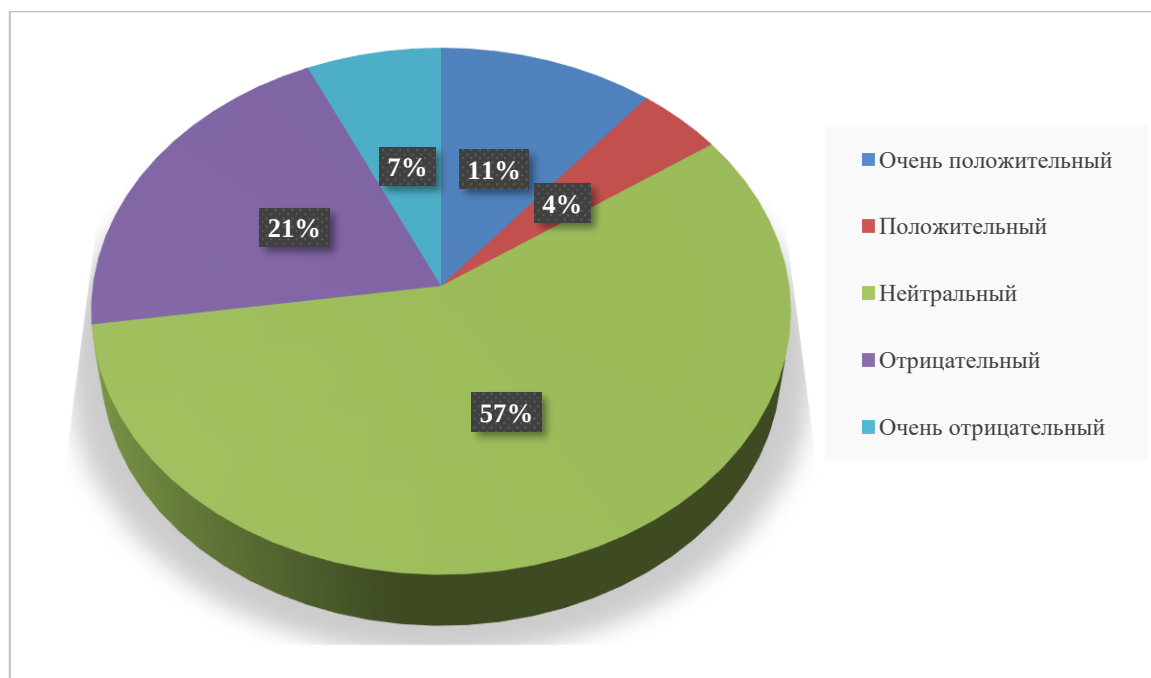


Рис 1. Опыт использования услуг телемедицины студентов медицинского университета



Среди опрошенных выделяются такие важные преимущества телемедицины как:

- Удобство доступа к медицинским услугам
- Экономия времени
- Снижение риска заражения инфекционными заболеваниями.
- Возможность получения консультации у специалистов узкого профиля из

других регионов

Среди недостатков данных услуг выделяют:

- Технические проблемы
- Недостаток личного общения с врачом
- Проблемы с конфиденциальностью данных
- Ограничений доступ к необходимым медицинским обследованиям.

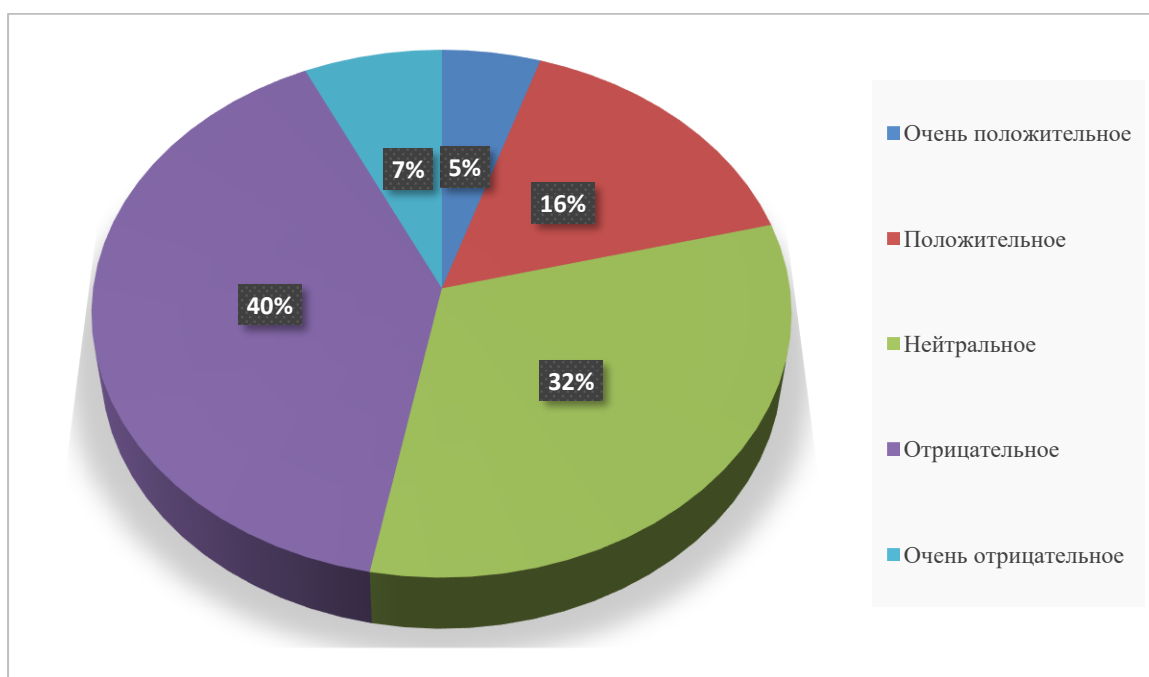


Рис 2. Опыт использования услуг телемедицины, практикующий врачей

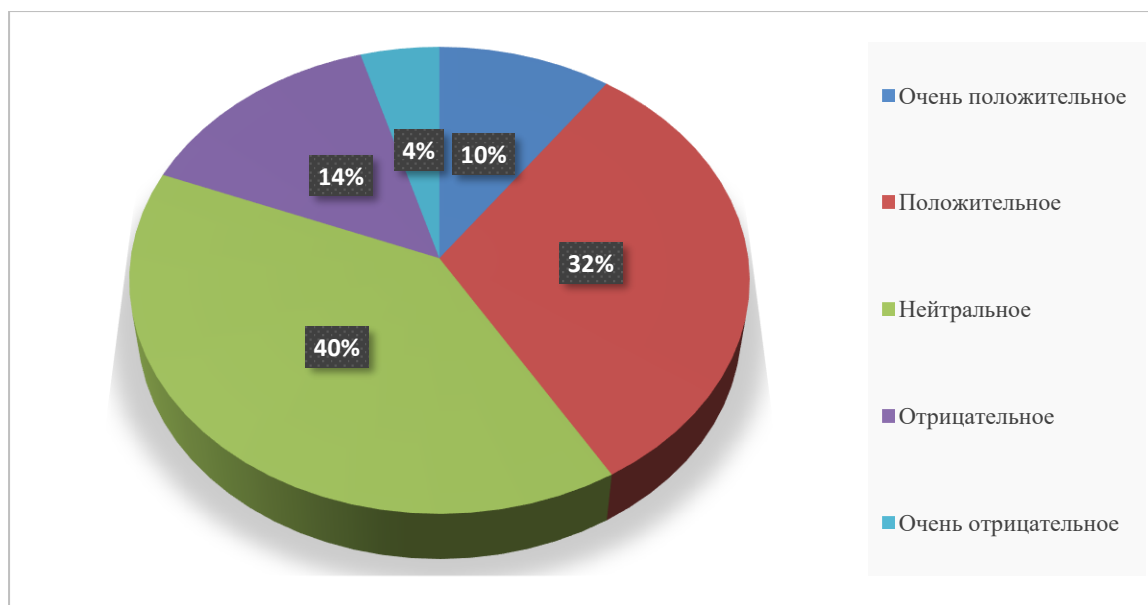


Рис 3. Опыт использования услуг телемедицины, людей, не связанных с телемедициной

Опыт использования услуг телемедицины у разных групп разнится, как видно на рисунке 1, среди студентов медиков наблюдается, в основном, нейтральный опыт использования, среди врачей (рисунок 2), выделяется отрицательный (40%) и нейтральный (32%) опыт. Люди, не связанные с медициной высказывают мнение о нейтральном (40%) и положительном (32%) опыте использования услуг телемедицины.

Таблица 3 отражает мнение о возможности замены услугами телемедицины очный прием врача, люди, не относящиеся к медицине, считают, что возможно лишь частичное замещение (57,2%), мнение студентов медицинского университета, разделилось между невозможность замены (40,8%) и частичным замещением (40,1%), практикующие врачи считают, что услуги телемедицины не смогут заменить очный прием (59,2%).



Таблица 3

Мнение анкетированных о возможности замены услугами телемедицины
«очный прием врача»

	Не заменяют	Частично заменяют	Полностью заменяют	Итог
Человек, не относящийся к медицине	26(17,9%)	83(57,2%)	36(24,8%)	145
Студент медицинского университета	64(40,8%)	63(40,1%)	30(19,1%)	157
Практикующий врач	74(59,2%)	45(36%)	6(4,8)	125
Итог	164(38,4%)	72(16,9%)	191(44,7%)	427

Проведённое исследование показало существенные различия в восприятии телемедицины между различными социальными группами. Наибольший скептицизм проявили практикующие врачи: они выразили серьёзные опасения относительно эффективности и безопасности дистанционных консультаций, подчеркнув высокий риск диагностических ошибок в отсутствие очного осмотра. Среди студентов-медиков наблюдалась поляризация мнений — примерно половина разделяла позицию практикующих врачей, тогда как другая половина рассматривала телемедицину как современный и удобный инструмент будущего. В то же время пациенты, не имеющие медицинского образования, продемонстрировали наибольший оптимизм и доверие к телемедицине, отмечая такие её преимущества, как доступность, экономия времени и удобство получения простых консультаций и рецептов. Таким образом, отношение к телемедицине напрямую связано с уровнем медицинской подготовки и профессионального опыта респондентов.



Обсуждение

Проведенное исследование выявило существенную неоднородность в отношении к телемедицине среди различных социальных групп. Наиболее скептически настроены оказались практикующие врачи: они выразили серьёзные сомнения в эффективности и безопасности дистанционных консультаций, указав на высокий риск диагностических ошибок из-за отсутствия очного осмотра. Студенты-медики продемонстрировали поляризованное мнение: примерно половина респондентов разделяла мнение практикующих врачей, в то время как другая половина восприняла телемедицину как прогрессивный и удобный инструмент будущего. На этом фоне пациенты, не связанные с медициной, проявили наибольший уровень доверия и оптимизма, высоко оценивая такие преимущества, как доступность, экономию времени и удобство получения простых консультаций и рецептов. Таким образом, отношение к телемедицине напрямую коррелирует с уровнем медицинских знаний и профессионального опыта респондентов.

Заключение

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что отношение к телемедицине носит выражено неоднородный характер и напрямую зависит от уровня медицинской компетентности респондентов. Установлено, что практикующие врачи демонстрируют выраженное недоверие к данному формату оказания медицинской помощи. Студенты-медики занимают промежуточную, противоречивую позицию, что свидетельствует о процессе формирования их профессиональной позиции.

Напротив, пациенты без медицинского образования относятся к телемедицине наиболее позитивно, ценя ее удобство и доступность. Таким образом, ключевым барьером для развития телемедицины является не техническая реализация, а недостаток доверия со стороны профессионального сообщества, что



требует целевых мер по разработке регламентов и образовательных программ для интеграции дистанционных технологий в практическое здравоохранение.

Источники и литература/ Sources and references

1. Иванов И.И. Телемедицина: теория и практика / Иванов И.И. — М.: Медицинское информационное агентство, 2020. — 320 с. — с. 45-78.
2. Петрова А.А. Восприятие телемедицины студентами и медицинскими работниками // Журнал медицинских технологий. — 2019. — № 4. — С. 112-118.
3. Смирнов В.В. Современные подходы к внедрению телемедицины // Медицинские инновации. — 2021. — Т. 15, № 2. — С. 50-65.
4. Кузнецова Е.С. Мнение населения о телемедицине // Вестник здравоохранения. — 2018. — № 3. — С. 89-94.
5. Лебедева Н.Н. Образовательные аспекты телемедицины для студентов // Образование в медицине. — 2022. — № 1. — С. 23-37.

ЭВОЛЮЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НАРКОЛОГИИ: ОТ МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИХ КОНЦЕПЦИЙ К НАУЧНО ОБОСНОВАННЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ

Лебедев 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. Статья посвящена историко-медицинскому анализу эволюции терапевтических подходов в отечественной наркологии с конца XIX века по настоящее время. На основе архивных материалов, научных публикаций и нормативных документов реконструированы основные этапы развития наркологической помощи в России. Выявлены три ключевых периода: морально-



этический (до 1917 года), становление научной наркологии (1920-1950-е годы) и развитие комплексного биопсихосоциального подхода (1960-е годы – настоящее время). Проанализирована трансформация представлений о природе аддикций – от понимания их как морального дефекта до признания сложного мультифакторного заболевания. Особое внимание уделено вкладу выдающихся отечественных ученых в формирование современных принципов терапии зависимостей.

Ключевые слова: история наркологии, терапевтические подходы, отечественная медицина, лечение зависимостей, эволюция концепций, архивные материалы.

EVOLUTION OF THERAPEUTIC APPROACHES IN DOMESTIC NARCOLOGY: FROM MORAL AND ETHICAL CONCEPTS TO SCIENTIFICALLY BASED TREATMENT METHODS

Lebedev D. A.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Senior Lecturer A. S. Yakovlev

Abstract. The article is devoted to the historical and medical analysis of the evolution of therapeutic approaches in domestic narcology from the end of the 19th century to the present. Based on archival materials, scientific publications and regulatory documents, the main stages of the development of narcological care in Russia are reconstructed. Three key periods have been identified: moral and ethical (until 1917), the formation of scientific narcology (1920-1950s) and the development of a comprehensive biopsychosocial approach (1960s - present). The transformation of ideas about the nature of addictions is analyzed - from understanding them as a moral defect to recognizing a complex multifactorial disease. Special attention is paid to the contribution of outstanding domestic scientists to the formation of modern principles of addiction therapy.



Keywords: history of narcology, therapeutic approaches, domestic medicine, addiction treatment, evolution of concepts, archival materials.

История развития наркологии в России представляет собой сложный и противоречивый процесс, отражающий не только эволюцию медицинских знаний, но и социокультурные трансформации в обществе. Несмотря на значительные достижения современной наркологической науки, обращение к историческому опыту остается актуальным для понимания современных терапевтических парадигм и прогнозирования дальнейшего развития этой области медицины [1, С. 45].

Изучение исторических аспектов наркологии позволяет проследить, как изменялись представления о природе зависимостей, методах их лечения и профилактики. Если в дореволюционный период злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) рассматривалось преимущественно как моральный порок и социальная девиация, то в советский период произошла постепенная медиализация проблемы, хотя репрессивные подходы сохраняли свое значение [2, С. 112]. Современный этап характеризуется интеграцией биологических, психологических и социальных моделей зависимости, что нашло отражение в комплексных терапевтических программах.

Недостаточная изученность исторического пути отечественной наркологии, особенно региональных аспектов ее развития, определяет необходимость системного анализа накопленного опыта. Реконструкция эволюции терапевтических подходов позволяет не только отдать должное достижениям предыдущих поколений исследователей, но и извлечь ценные уроки для совершенствования современной наркологической помощи.



Цель исследования: провести историко-медицинский анализ эволюции терапевтических подходов в отечественной наркологии с конца XIX века по настоящее время и выявить основные закономерности их развития.

Объекты и методы исследования

Исследование проводилось на основе ретроспективного анализа широкого круга исторических источников. В качестве объектов исследования выступили архивные материалы, научные публикации, нормативные документы и статистические данные, отражающие развитие наркологической помощи в России.

Были использованы следующие методы исследования:

1. Историко-генетический метод – позволил проследить поэтапное развитие терапевтических подходов в наркологии.
2. Сравнительно-исторический метод – дал возможность выявить общее и особенное в развитии наркологии в разные исторические периоды.
3. Источниковический анализ – включал работу с архивными материалами Государственного архива Кемеровской области, научными публикациями в специализированных журналах («Наркология», «Вопросы наркологии» и др.), диссертационными исследованиями, нормативными документами Минздрава России.
4. Системный подход – позволил рассмотреть эволюцию наркологии как сложный многомерный процесс, связанный с изменениями в медицине, науке и обществе в целом.

Хронологические рамки исследования охватывают период с конца XIX века, когда началось становление системного подхода к лечению зависимостей в России, по настоящее время, характеризующееся развитием комплексной биопсихосоциальной модели помощи.



Результаты и их обсуждение

Проведенный анализ позволил выделить три основных периода в развитии терапевтических подходов в отечественной наркологии, каждый из которых характеризовался специфическими концепциями и методами лечения.

Первый период (конец XIX века – 1917 год): морально-этический подход

В дореволюционной России проблема злоупотребления ПАВ, прежде всего алкоголем, осознавалась как серьезная социальная угроза. Основными формами помощи были:

- Деятельность обществ трезвости, сочетавших религиозно-нравственное воздействие с элементами социальной поддержки.
- Приюты для алкоголиков, где основной акцент делался на изоляции и трудовом перевоспитании.
- Первые специализированные отделения при больницах, где применялись преимущественно симптоматические средства [3, С. 78].

Медицинская модель только начинала формироваться, доминировало понимание пьянства как морального дефекта и проявления слабоволия. Тем не менее, именно в этот период были заложены основы будущей системы наркологической помощи, включая идею специализированных учреждений.

Второй период (1920-1950-е годы): становление научной наркологии

После революции 1917 года происходит медицинзация проблемы зависимостей, хотя репрессивные меры сохраняются. Ключевые особенности периода:

- Создание первых наркологических диспансеров и стационаров.
- Разработка методов активной детоксикации, включая аверсопсихотерапию.
- Исследования в области патогенеза алкоголизма, позволившие обосновать необходимость длительного этапного лечения [4, С. 156].



Значительный вклад в развитие наркологии в этот период внесли И.В. Стрельчук, разработавший концепцию этапного лечения алкоголизма, и С.Г. Жислин, обосновавший важность психотерапевтического воздействия. Однако доминирование идеологических установок ограничивало развитие психологических и социальных аспектов терапии.

Третий период (1960-е годы – настоящее время): развитие комплексного биопсихосоциального подхода

С 1960-х годов начинается современный этап развития отечественной наркологии, характеризующийся:

- Признанием зависимости как сложного мультифакторного заболевания.
- Разработкой интегративных моделей терапии, сочетающих биологические, психологические и социальные вмешательства.
- Внедрением программ реабилитации и постреабилитационного сопровождения [5, С. 201].

Особенно значительные изменения произошли в постсоветский период, когда стала доступной международная научная информация, а также получили развитие неправительственные организации, занимающиеся реабилитацией зависимых.

Динамика изменения терапевтических парадигм в отечественной наркологии наглядно представлена в Таблице 1.

Таблица 1

Хронология развития методов лечения зависимостей в России

Период	Концепция зависимости	Основные методы лечения	Организационные формы
1890-1917	Моральный дефект, слабоволие	Увещевания, религиозное воздействие, трудовая терапия	Общества трезвости, приюты



1920-1950-е	Заболевание с преимущественно биологической природой	Медикаментозная детоксикация, условно-рефлекторная терапия, трудотерапия	Наркологические диспансеры, стационары
1960-1990-е	Биопсихосоциальное заболевание	Комплексная терапия: фармакотерапия, психотерапия, реабилитация	Специализированные клиники, реабилитационные центры
1990-е – настоящее время	Мультифакторное заболевание с учетом культурного контекста	Интегративные программы, мотивационное интервьюирование, семейная терапия, группы самопомощи	Многоуровневая система помощи, включая НКО

Анализ архивных материалов позволил выявить региональные особенности развития наркологической помощи. Например, в Кузбассе, как промышленном регионе, проблема алкоголизма и наркомании стояла особенно остро, что стимулировало развитие специализированной помощи уже в 1970-е годы.

Важным аспектом эволюции терапевтических подходов стало изменение отношения к личности пациента – от морального осуждения к пониманию необходимости партнерских отношений в процессе лечения. Это нашло отражение в современных стандартах оказания наркологической помощи, предусматривающих информированное согласие и уважение автономии пациента.

Заключение

Проведенное историко-медицинское исследование позволило реконструировать основные этапы эволюции терапевтических подходов в отечественной наркологии и выявить ключевые закономерности этого процесса.



1. Развитие наркологии в России прошло три основных этапа: морально-этический (до 1917 года), становление научной наркологии (1920-1950-е годы) и развитие комплексного биопсихосоциального подхода (1960-е годы – настоящее время).

2. На каждом этапе доминировали специфические концепции природы зависимостей – от понимания их как морального дефекта до признания сложного мультифакторного заболевания, что определяло выбор терапевтических методов и организационных форм помощи.

3. Эволюция терапевтических подходов характеризовалась постепенным переходом от репрессивных и изоляционных методов к комплексным программам, интегрирующим биологические, психологические и социальные вмешательства.

4. Современный этап развития наркологии характеризуется интеграцией достижений отечественной и мировой науки, развитием Evidence-Based Medicine в области лечения зависимостей, а также расширением участия гражданского общества в оказании помощи лицам с аддиктивными расстройствами.

Исторический опыт свидетельствует, что эффективная наркологическая помощь возможна только при интеграции достижений медицинской науки с пониманием психологических и социальных аспектов зависимости. Перспективы дальнейшего развития связаны с персонализацией терапии, повышением доступности помощи и совершенствованием программ реабилитации и ресоциализации.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Наркология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 898 с.

2. Пелипас В.Е., Линский И.В. История отечественной наркологии. – М.: Медицина, 2017. – 312 с.



3. Шевцов А.В. Общества трезвости в дореволюционной России: историко-медицинский аспект // История медицины. – 2018. – № 3. – С. 45-52.
4. Стрельчук И.В. Острые и хронические интоксикации алкоголем. – М.: Медгиз, 1956. – 268 с.
5. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Развитие комплексного подхода в отечественной наркологии // Наркология. – 2020. – Т. 19, № 5. – С. 78-85.
6. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. – М.: Медицина, 1965. – 320 с.
7. Лукомский М.И. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи. – М.: Медицина, 1979. – 245 с.
8. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. – М.: Издательство Московского университета, 1994. – 216 с.
9. Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний: исторический аспект // Вопросы наркологии. – 2019. – № 2. – С. 112-125.

ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ПСИХИАТРИИ: АКТУАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Лобанова Е. И.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – старший преподаватель А. С. Яковлев

Аннотация. Актуальность последипломного обучения в сфере психиатрии продиктована насущной потребностью в непрерывном совершенствовании профессиональных навыков врачей, обогащении их компетенций и обеспечении их готовности к современным вызовам медицинской практики. Статья посвящена изучению текущего состояния дополнительного профессионального образования



(ДПО) в психиатрии, определению его проблемных зон и перспектив дальнейшего развития.

Ключевые слова: последипломное образование, психиатрия, медицина, стандартизация качества образовательных услуг, повышение квалификации.

POSTGRADUATE EDUCATION IN PSYCHIATRY: CURRENT STATUS, PROBLEMS, AND PROSPECTS

Lobanova E. I.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Senior Lecturer A. S. Yakovlev

Abstract. The relevance of postgraduate education in psychiatry is dictated by the pressing need to continuously improve physicians' professional skills, enhance their competencies, and ensure their readiness to meet the contemporary challenges of medical practice. This article examines the current state of continuing professional education (CPE) in psychiatry, identifying its problem areas and prospects for further development.

Keywords: postgraduate education, psychiatry, medicine, standardization of educational service quality, professional development.

Профессиональное становление врача-психиатра не заканчивается получением диплома. Следующий этап – послевузовское образование – играет ключевую роль в его развитии. Оно призвано углубить теоретические знания, отточить практические навыки и помочь адаптироваться к динамично меняющейся сфере медицины. Эта подготовка включает два основных пути: начальную специализацию (интернатура, ординатура) и дальнейшее непрерывное обучение для поддержания и повышения квалификации (курсы, переподготовка).



Современная психиатрия находится на пороге значительных прорывов, благодаря новым открытиям в нейробиологии, генетике, фармакологии и психологии. Диагностические возможности постоянно расширяются.

Методология исследования

Для проведения данного исследования был изучен пакет нормативных документов, регулирующих послевузовское медицинское образование. Для получения объективной картины были использованы статистические данные от Министерства здравоохранения РФ и образовательных учреждений, занимающихся обучением и повышением квалификации психиатров.

Исследование включало анализ федеральных законов, постановлений правительства, приказов Минздрава РФ и других нормативных документов, регламентирующих лицензирование, аккредитацию и аттестацию образовательных организаций, реализующих программы дополнительного профессионального образования (ДПО). Особое внимание уделялось нормативной базе, регулирующей послевузовское образование в психиатрии, учитывая специфику этой области.

Помимо правового анализа, проводился сбор и анализ статистических данных от Минздрава РФ и образовательных учреждений, занимающихся повышением квалификации и переподготовкой психиатров. Данные Минздрава содержали информацию о количестве обучающихся, программах, формах и продолжительности обучения, позволяя оценить масштабы и динамику послевузовского образования. Отчеты образовательных учреждений содержали сведения о курсах, программах и результатах аттестации, что позволило оценить соответствие результатов обучения поставленным целям.

Комплексный подход позволил сформировать целостное представление о современном состоянии послевузовского образования в психиатрии, выявить проблемы и предложить обоснованные рекомендации по его улучшению.



Результаты и их анализ

Анализ показал, что существующие программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки для психиатров зачастую не успевают за стремительным развитием науки и практики. Основные трудности заключаются в следующем:

- недостаточное внедрение новейших научных достижений и клинических рекомендаций в учебный процесс.
- ограниченные возможности для практической отработки навыков и прохождения стажировок.
- отсутствие единых критериев оценки качества предоставляемых образовательных услуг.
- дефицит высококвалифицированных преподавателей.
- низкая заинтересованность самих обучающихся.

Для решения этих проблем предлагается комплекс мер:

- разработка и внедрение инновационных образовательных методик, основанных на последних научных и технических достижениях.
- создание единой цифровой платформы, предоставляющей доступ ко всей необходимой учебной литературе и методическим материалам.
- расширение возможностей для участия психиатров в международных научных мероприятиях (конференциях, семинарах).
- повышение престижа и статуса преподавательской деятельности в области психиатрии.

Кроме того, дистанционные формы обучения представляются перспективным направлением. Они позволяют врачам успешно совмещать работу и учебу, что особенно важно для удаленных регионов с ограниченным доступом к специализированной медицинской помощи.



Последипломное медицинское образование играет ключевую роль в формировании квалифицированных врачей, снабжая их знаниями и умениями, необходимыми для успешной работы в стремительно развивающейся сфере медицины. Однако существует ряд серьезных трудностей, которые негативно сказываются на качестве подготовки специалистов и их дальнейшем трудоустройстве.

1. Задержки во внедрении научных инноваций

Новейшие научные открытия и разработки кардинально меняют подходы к выявлению и лечению психических расстройств. Тем не менее, многие образовательные учреждения и программы обучения медленно адаптируются к этим изменениям, предлагая устаревшие методики и недостаточно интегрируя свежие клинические рекомендации. В результате врачи получают образование, которое не соответствует современным требованиям медицинской практики[1].

2. Недостаточное развитие практических навыков

Психиатрия требует от специалистов высокого уровня владения различными методами обследования пациентов, постановки диагноза и выбора наиболее эффективной стратегии лечения. К сожалению, большая часть учебного процесса уделяет основное внимание теории, отодвигая практические занятия на второй план. Обучение зачастую сводится к лекциям и семинарам, что не позволяет в полной мере развить клиническое мышление и способность адекватно оценивать поведение пациента [2].

3. Дефицит специализированной инфраструктуры и оборудования

Для практического обучения врачей-психиатров необходимы специально оборудованные клиники, тренажеры для отработки поведенческих навыков, лаборатории и другое современное оборудование. Однако далеко не все учебные заведения располагают необходимыми ресурсами. Преподавателям часто приходится работать с ограниченным набором инструментов, что снижает качество



обучения и затрудняет освоение сложных диагностических и терапевтических методик.

4. Кадровые проблемы среди преподавателей

Одним из важнейших факторов успешного последипломного образования являются опытные преподаватели и наставники, способные передать своим ученикам необходимые знания и навыки. В настоящее время наблюдается нехватка высококвалифицированных преподавателей-практиков, обладающих умением эффективно обучать студентов. Отмечается снижение интереса молодых специалистов к преподавательской деятельности, что обусловлено низким престижем профессии и недостаточным уровнем оплаты труда.

5. Формальный подход и низкая мотивация обучающихся

Зачастую студенты рассматривают прохождение последипломных курсов как формальную необходимость для получения документа, а не как возможность реально повысить свою квалификацию. Учебные программы нередко перегружены избыточным объемом информации, что создает ощущение хаоса и бессмысленности многих занятий. Такая ситуация приводит к отсутствию глубокой заинтересованности у обучающихся и снижению качества усвоения материала [3].

Таким образом, система послевузовского образования в психиатрии нуждается в существенных преобразованиях. Для ее эффективного функционирования необходимо ориентироваться на мировые стандарты и передовые методики обучения, активно внедрять новые технологии и создавать условия для непрерывного профессионального роста врачей. Успешное решение выявленных проблем позволит значительно улучшить качество психиатрической помощи и обеспечить население квалифицированными специалистами.

Современное последипломное образование в психиатрии активно меняется, чтобы соответствовать требованиям времени, обусловленным научно-техническим



прогрессом и растущей потребностью общества в квалифицированной психиатрической помощи. Ниже представлены ключевые направления развития этой области:

Цифровые инструменты открывают новые горизонты для последипломного образования. Это включает:

- онлайн-обучение: Курсы и вебинары, доступные из любой точки мира, позволяют специалистам учиться, не отрываясь от работы.
- виртуальные симуляции: Использование виртуальных тренажеров для отработки практических навыков и улучшения диагностики сложных случаев.
- электронные ресурсы: Доступ к актуальной научной информации через электронные библиотеки, содержащие специализированные руководства и журналы.

Обмен опытом с зарубежными коллегами способствует развитию отечественной психиатрии. Это достигается через:

- участие в международных мероприятиях: Повышение квалификации российских психиатров на международных форумах и конференциях, а также налаживание профессиональных контактов.
- совместные образовательные проекты: Организация совместных программ с ведущими зарубежными университетами и исследовательскими центрами.
- адаптация зарубежных методик: Внедрение и адаптация лучших мировых практик в российскую систему образования.

Введение единых стандартов качества образования обеспечит прозрачность и согласованность в процессе повышения квалификации. Сертификация программ повысит доверие к выпускникам со стороны работодателей и общества, гарантируя высокий уровень их подготовки. Это включает:



- регулярная аттестация: Оценка квалификации преподавателей и аккредитация образовательных учреждений.

- разработка критериев оценки: Определение критериев оценки качества подготовки и сертификации образовательных программ.

- привлечение экспертов: Участие независимых экспертов и представителей врачебного сообщества в процессе аккредитации [4].

Эффективность последиplomного образования зависит от постоянного анализа результатов и корректировки учебных планов. Для этого необходимо собирать отзывы обучающихся и работодателей, оценивающих полезность полученных знаний и навыков. Планируется:

- создание онлайн-платформ: Организация платформ для сбора отзывов и предложений.

- регулярные опросы: Проведение регулярных опросов и анкетирований.

- модернизация программ: Обновление и совершенствование образовательных программ на основе полученных отзывов

Подводя итог, следует отметить, что перечисленные проблемы носят комплексный характер и требуют комплексного подхода к решению. Необходимо уделять больше внимания вопросам модернизации учебных программ, усиления роли практических занятий, привлечения опытных преподавателей, увеличения финансирования и оптимизации процессов управления образованием. Только совместные усилия государства, образовательных организаций и самих врачей смогут привести к созданию действительно эффективной системы послевузовского образования в психиатрии.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Бобров А.Е. О совершенствовании послевузовского обучения психиатрии

// Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации



психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». - М., 2024. - С. 27-29.

2. Бобров А.Е., Старостина Е.Г. О некоторых тенденциях в профессиональной подготовке психиатров в Европе и США (по материалам конгресса Ассоциации европейских психиатров АЕР, 14-18 апреля 2004 г.) // Социальная и клиническая психиатрия. - 2024. - Т. 14, № 3. - С. 107-109.

3. Дмитриева Т.Б. Психическое здоровье и общество: новые вызовы и угрозы // Выступление на научно-практической конференции «Психическое здоровье и общественная безопасность». - Екатеринбург, 2023. С.123.

4. Краснов В.Н. Выступление на Пленуме Российского общества психиатров. - Москва, 2023. С.56.

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ КАК ФАКТОР СОВЛАДАНИЯ С ХРОНИЧЕСКИМ СТРЕССОМ В РАБОТЕ КОНСУЛЬТИРУЮЩЕГО ПСИХОЛОГА

Лукоянова П. В.

Факультет психологии

ФГБОУ ВО «Московский государственный университет

имени М. В. Ломоносова», Россия, г. Москва

Научный руководитель – А. А. Качина

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования взаимосвязи жизнестойкости и способности совладания с хроническим профессиональным стрессом у консультирующих психологов. Установлено, что жизнестойкость и её компоненты демонстрируют обратную корреляцию с проявлениями хронического стресса и способствуют выбору адаптивных копинг-стратегий. Полученные данные подтверждают значимость развития жизнестойкости для поддержания профессиональной эффективности специалистов помогающих профессий.



Ключевые слова: жизнестойкость, хронический стресс, копинг-стратегии, консультирующие психологи, профессиональный стресс.

VITALITY AS A FACTOR IN COPING WITH CHRONIC STRESS IN THE WORK OF COUNSELING PSYCHOLOGISTS

Lukoyanova P. V.

Faculty of Psychology

Lomonosov Moscow State University, Russia, Moscow

Supervisor – A. A. Kachina

Abstract. The article presents the results of an empirical study of the relationship between vitality and the ability to cope with chronic occupational stress in consulting psychologists. It was found that vitality and its components demonstrate an inverse correlation with manifestations of chronic stress and contribute to the choice of adaptive coping strategies. The obtained data confirm the significance of resilience development for maintaining professional effectiveness of helping professionals.

Keywords: vitality, chronic stress, coping strategies, counseling psychologists, occupational stress.

Введение

Профессиональная деятельность психолога-консультанта характеризуется высокой интенсивностью эмоциональных и когнитивных нагрузок, что обусловлено спецификой взаимодействия с клиентами. В условиях возрастающего спроса на психологические услуги актуализируется проблема сохранения профессионального здоровья специалистов, поскольку личность психолога выступает ключевым инструментом терапевтического процесса [6]. Длительное воздействие профессиональных стрессоров создаёт риск развития хронического стресса, который проявляется в физиологических,



психологических и поведенческих симптомах, негативно влияющих на качество оказываемой помощи [2].

В структуре стрессоустойчивости особое место занимает жизнестойкость как интегральная личностная характеристика, обеспечивающая адаптацию к стрессогенным условиям [7]. Концепция жизнестойкости, разработанная С. Мадди, включает три взаимосвязанных компонента: вовлеченность как убежденность в ценности профессиональной деятельности, контроль как уверенность в возможности влиять на события и принятие риска как восприятие трудностей в качестве стимула для развития [7]. Жизнестойкость функционирует как буфер, предотвращающий хронизацию стресса через активацию адаптивных копинг-стратегий [7].

Целью настоящего исследования является теоретико-эмпирический анализ взаимосвязи уровня жизнестойкости консультирующих психологов и их способности к совладанию с хроническим стрессом. Гипотеза исследования: существует связь между уровнем жизнестойкости и выбором адаптивных копинг-стратегий.

Объекты и методы исследования

В исследовании приняли участие 34 консультирующих психолога, завершивших обучение в Московском государственном университете имени М.В. Ломоносова и Московском институте психоанализа. Выборка включала 30 женщин и 4 мужчин в возрасте от 23 до 55 лет. По критерию профессионального стажа респонденты распределились следующим образом: менее одного года опыта консультирования имели 17,6 процентов участников, от одного до трех лет – 38,2 процента, более трех лет – 44,1 процента. Большинство специалистов работали в дистанционном формате, применяя преимущественно инсайт - ориентированные подходы к консультированию.



Методический инструментарий исследования включал валидизированные психодиагностические методики. Для оценки жизнестойкости использовалась краткая версия теста жизнестойкости в адаптации Е.Н. Осина и Е.И. Рассказовой, содержащая 24 пункта и измеряющая общий уровень жизнестойкости, а также её компоненты: вовлеченность, контроль и принятие риска [5]. Показатель надёжности методики составил 0,90-0,91 по коэффициенту альфа Кронбаха. Для диагностики проявлений хронического стресса применялся опросник для оценки переживания острого и хронического стресса А.Б. Леоновой. В исследовании использовалась шкала хронического стресса, включающая 30 вопросов и шесть субшкал: тревога, агрессия, депрессивность, астенизация, психосоматика и нарушения сна [1]. Стратегии совладания изучались посредством опросника способов совладания COPE-30 в адаптации М.А. Одинцовой, Н.П. Радчиковой и Л.А. Александровой. Методика содержит 30 утверждений, образующих 15 шкал, соответствующих различным копинг-стратегиям: активное совладание, планирование, поиск социальной поддержки инструментального и эмоционального характера, позитивное переформулирование, принятие, отрицание, обращение к религии, использование юмора, поведенческий и мысленный уход от проблемы и другие [3]. Дополнительно была разработана авторская анкета для выявления основных стресс-факторов в работе психолога-консультанта.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics 23 и MS Excel. Применялись методы описательной статистики, непараметрические критерии Манна-Уитни и Крускала-Уоллиса для сравнения независимых выборок, корреляционный анализ по Спирмену и линейный регрессионный анализ. Нормальность распределения проверялась критерием Шапиро-Уилка.



Результаты и их обсуждение

Качественный анализ стресс-факторов позволил выделить три основные категории профессиональных стрессоров для психологов нашей выборки. Первая категория объединяет факторы эмоциональной нагрузки и работы со сложными клиентами. Вторая категория связана с организационными факторами: неравномерной рабочей нагрузкой, финансовой нестабильностью, нехваткой профессиональных компетенций и отсутствием стабильного места приёма клиентов. Третья категория отражает дисбаланс между работой и личной жизнью, проявляющийся в физической и эмоциональной усталости, навязчивых мыслях о клиентах вне сессий и дефиците времени на восстановление. Наиболее частыми стресс-факторами оказались усталость, работа с тяжёлыми запросами клиентов, чрезмерная нагрузка и финансовая нестабильность.

Корреляционный анализ Спирмена продемонстрировал наличие значимой, сильной обратной связи между жизнестойкостью и хроническим стрессом ($r = -0.732$, $p < 0.001$). Данные результаты подтверждают, что высокий уровень жизнестойкости ассоциируется с меньшей выраженностью симптомов хронического стресса и выполняет протективную функцию в отношении профессионального здоровья специалистов.

Жизнестойкость имеет прямую связь с адаптивными копинг-стратегиями: активным совладанием ($r = 0.462$, $p < 0.01$), принятием ответственности ($r = 0.395$, $p < 0.05$), планированием решения проблем ($r = 0.362$, $p < 0.05$). Стратегия «юмор» имеет отрицательную связь с жизнестойкостью ($r = -0.387$, $p < 0.05$), что показывает ее дезадаптивный вклад в совладание с хроническим стрессом у психологов нашей выборки.

Регрессионный анализ подтвердил, что жизнестойкость и проблемно-ориентированная копинг-стратегия планирования оказывают статистически значимое негативное влияние на уровень хронического стресса. Построенная



модель объясняет 72,8 процента дисперсии хронического стресса ($R^2 = 0.728$, $p < 0.001$). Увеличение жизнестойкости на одно стандартное отклонение снижает хронический стресс на 0,746 стандартного отклонения, тогда как усиление планирования снижает стресс на 0,362 стандартного отклонения. Регрессионное уравнение:

Хронический стресс = $109,84 - 0,746 \times \text{общая жизнестойкость} - 0,362 \times \text{планирование решения проблемы}$.

Примечательным оказался результат относительно связи между количеством клиентов и уровнем хронического стресса. Обнаружена умеренная отрицательная корреляция между рабочей загруженностью и проявлениями хронического стресса. Психологи с большим количеством клиентов демонстрируют более высокие показатели жизнестойкости и меньшую выраженность симптомов хронического стресса. Данный феномен может объясняться тем, что стрессоустойчивые специалисты с развитыми навыками совладания способны поддерживать высокую клиентскую нагрузку без истощения, воспринимая её скорее, как вызов, нежели как угрозу.

Заключение

Результаты проведённого исследования подтверждают центральную роль жизнестойкости в системе управления профессиональными ресурсами консультирующих психологов. Установлено, что жизнестойкость и её компоненты демонстрируют сильную обратную связь с проявлениями хронического стресса и способствуют выбору адаптивных проблемно - ориентированных копинг-стратегий.

Практическая значимость исследования заключается в обосновании необходимости целенаправленного развития жизнестойкости у консультирующих



психологов как ключевого фактора профилактики хронического стресса и эмоционального выгорания [4].

Источники и литература/ Sources and references:

1. Леонова А.Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции // Психологический журнал. 2004. Т. 25. № 2. С. 75-85.
2. Леонова А.Б. На грани стресса // В мире науки, № 10, 2004. – С. 62-72.
3. Одинцова М. А., Радчикова Н. П., Александрова Л. А. COPE-30: психометрические свойства краткой версии русскоязычной методики оценки копинг-стратегий // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 2022. № 4. С. 247-275.
4. Одинцова М.А. Психология жизнестойкости. Москва: Флинта, 2015. 296 с.
5. Осин Е.Н., Рассказова Е.И. Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2013. № 2. С. 147-165.
6. Тарасова Е.В. Компоненты жизнеспособности психологов и психотерапевтов // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2016. № 4. С. 238-241.
7. Maddi, S. R. The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice // Consulting Psychology Journal: Practice and Research. 2002. Vol. 54 (3). P. 173–185. <https://doi.org/10.1037/1061-4087.54.3.173>.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ СЕМЬИ В ОБЩЕСТВЕ

Машарипов А. А.

*Курс переподготовки и повышения квалификации
Ургенский государственный медицинский институт,
Республика Узбекистан, г. Ургенч*



Аннотация. При туберкулезе в семье меняются психологические концепции. Они связаны с изоляцией больного, страхом заражения и кризисом межличностных отношений. Семья может столкнуться с чувством отчуждения с родственниками. А отношения могут ухудшиться. Важно соблюдать меры предосторожности. Чтобы защитить здоровых членов семьи, и оказывать психологическую поддержку больному, что поможет в процессе лечения.

Ключевые слова: туберкулез, семья, общество, психология, заболевание, палочка Коха.

PSYCHOLOGICAL CONCEPTS OF THE FAMILY IN SOCIETY

Masharipov A. A.

Advanced Training Course

Urgench State Medical Institute, Uzbekistan, Urgench

Abstract. Tuberculosis changes psychological concepts in the family. These are associated with the patient's isolation, fear of infection, and a crisis in interpersonal relationships. The family may experience a feeling of alienation from relatives, and relationships may deteriorate. It is important to take precautions to protect healthy family members and provide psychological support to the patient, which will assist in the treatment process.

Keywords: tuberculosis, family, society, psychology, disease, Koch's bacillus.

Психология человека остается актуальной темой в наши дни [1]. Психологические отношения в семье очень важны для дальнейшего выздоровления [2]. У больного туберкулезом, имеющего семью и детей, необходимо сохранить нормальный психологический климат в семье, направленный на ее сохранение, а также предотвратить развитие заболевания. Несмотря на снижение заболеваемости



туберкулезом практически во всех Азиатских странах, определенное беспокойство вызывает высокая распространенность ВИЧ-инфекции [3].

При ВИЧ и туберкулезе существуют проблемы в организации профилактики туберкулеза у лиц на поздних стадиях ВИЧ-инфекции [4]. Одним из приоритетных направлений в борьбе с туберкулезом, как инфекционным заболеванием, является полноценное излечение впервые выявленных больных [5]. Это необходимо для уменьшения резервуара туберкулезной инфекции и предотвращения развития новых случаев заражения и заболевания [6]. Туберкулез признается социально значимым заболеванием по целому ряду причин [7]. К ним можно отнести и поражение туберкулезом преимущественно лиц молодого и среднего возраста, составляющих репродуктивный и трудовой возраст [8].

У ряда перечисленных и требующих решения сторон проблемы туберкулеза одна составляющая [9]. От личностных особенностей пациента и от поддержки семьи зависит приверженность к терапии [10]. При поддержке в семье возможна последующая реабилитация. У больного с туберкулезом, имеющего семью и детей, необходимо сохранить нормальный эмоциональный психологический климат в семье. Который должен быть направленный на сохранение, а также предотвратить развитие заболевания.

Представляется актуальным оценить степень психологического здоровья у заболевшего. С включением в исследование семей впервые выявленных больных туберкулезом, имеющих семью и детей.

Цель исследования: оценка психологического статуса впервые выявленных больных туберкулезом и их супругов, направленная на выявление имеющихся проблем и совершенствование ведения пациентов.

Материалы и методы

Проведено простое сравнительное исследование. В исследование включены 105 впервые выявленных больных туберкулезом и 105 их супругов, группу



сравнения составили супруги 105 здоровых семей, подбиравшихся по возрасту. По социальному статусу все семьи, которые включены в исследование, распределены на социальносохранные, социально-дезадаптированные и социопатические [7].

К социально-сохранным нами были отнесены полные семьи, имевшие постоянный доход, в том числе не ниже прожиточного минимума на каждого члена семьи. В исследование были включены 25 социально-сохранных семей, больных туберкулезом, и 28 подобных здоровых семей, при этом у больных туберкулезом было 41 ребенка, в здоровых семьях – 33 детей. Социально-дезадаптированными считались неполные семьи, семьи с низким достатком, часто в эту группу попадали многодетные семьи с низким доходом на одного члена семьи в месяц.

В исследование вошли 32 социально-дезадаптированных семьи больных туберкулезом и 34 семьи без случаев заболевания туберкулезом родителей, в этих семьях проживало 48 и 46 ребенка соответственно. В социопатических семьях родители обычно страдали алкоголизмом, наркоманией, находились в местах лишения свободы, отсутствовал постоянный доход. Основную группу составили 46 таких семей, группу сравнения 42 семьи, в них проживало 110 и 96 детей соответственно.

Распределение заболевших супругов по полу в зависимости от социального статуса их семей, представлявших собой очаги туберкулезной инфекции. Однако в социально-сохранных семьях чаще заболевали туберкулезом и являлись источниками инфекции отцы, это отмечалось в 17 социально-сохранных семьях, составивших очаги туберкулезной инфекции (63,0 %), и лишь в 10 подобных семьях (37,0 %) туберкулез диагностирован у матерей. В социально-дезадаптированных и социопатических семьях туберкулезом одинаково часто заболевали матери и отцы. Среди семей, составляющих очаги туберкулезной инфекции, включенных в исследование, не было случаев заболевания туберкулезом обоих родителей. В целом, в 105 семьях, включенных в



исследование, в 55,0 % случаев туберкулезом был болен отец и в 45,0 % случаев – мать. При включении семей, представлявших собой очаги туберкулезной инфекции, в исследование учитывалась давность заболевания туберкулезом члена такой семьи, являющегося источником инфекции.

Обсуждения и результаты

Критерием включения в исследование был временной интервал не более года от момента развития заболевания у члена семьи, в среднем длительность наблюдения семьи, как очага туберкулезной инфекции, составила $3,8 \pm 1,2$ месяца. Основной формой туберкулеза у заболевших родителей был инфильтративный туберкулез легких, он диагностирован у 24 (88,9 %) источников инфекции в социально-сохранных семьях, у 26 (81,3 %) – в социально-дезадаптированных и у 35 (78,1 %) – в социопатических семьях ($\chi^2 = 1,811$, $p = 0,404$). Фибрознокавернозный туберкулез был выявлен у 3 отцов в социально-дезадаптированных семьях, очаговый туберкулез имел место только у 2-х матерей в социально-сохранных семьях.

Бактериовыделителей было более половины всех больных – 63 человека (60 %), в равной степени они регистрировались во всех очагах ($\chi^2 = 0,102$, $p = 0,950$), из них с лекарственной устойчивостью 15 человек (23,8 %), при этом достоверно чаще имели лекарственную устойчивость пациенты, проживающие в социопатических очагах ($\chi^2 = 5,877$, $p = 0,05$). Обязательным критерием участия в исследовании было информированное согласие обоих родителей на участие в исследовании.

Игнорирование мыслей и чувств ребенка, возможно в части случаев бессознательное, его неудач, отмечалось во всех социально-дезадаптированных семьях и в социально-сохранных семьях из очагов туберкулезной инфекции. Это позволяло предположить, что в части случаев психологические проблемы ребенка, даже в благополучной в социальном плане семье, могли служить причиной его заболевания.



Заключение

В семьях, больных туберкулезом, у обоих родителей отмечен более высокий уровень невроза и низкий уровень стрессоустойчивости, чем в здоровых семьях из групп сравнения. Отношение к детям было хорошим в социально-сохранных семьях, при этом в социально-сохранных семьях из очагов туберкулезной инфекции родители чуть меньше времени и внимания уделяли ребенку, чем в группе сравнения. Отсутствие нормального психологического климата в семьях, больных туберкулезом отражается на детях из этих семей и может послужить одним из факторов развития у них туберкулеза.

Источники и литература / Sources and references:

1. Акименко Г. В., Кирина Ю. Ю. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии COVID-19 // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии. Сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла. 2020. С. 282-290.

2. Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю. Проблемы психических дисфункций в условиях пандемии COVID-19: обзор // В сборнике: Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы в XXI веке: новые задачи и возможные пути решения. Сборник материалов II Международной научно-практической конференции, к 170 - летию со дня рождения Сергея Сергеевича Корсакова - основателя русской психиатрической школы. Кемерово, 2024. С. 26-43.

3. Аскарова Р. И. Значение семьи в повышении социальной активности // Проблемы современной науки и образования. – 2025. – №. 1 (200). С. 38-40.

4. Аскарова Р.И., Возникновение побочных реакций на ротивотуберкулезные препараты у детей и подростков больных туберкулезом // Интеграция теории и практики в медицине: достижения и перспективы: сборник научных статей / отв.



ред. Ю. С. Федорова, Т. В. Котова, В. В. Халахин; ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России. – Кемерово : КемГМУ, 2024. – 540 с.

5. Аскарова Р.И. Актуальные проблемы лечения противотуберкулёзными препаратами в фтизиатрии // II Международная онлайн научно-практическая конференция «Актуальные вопросы фармакологии: от разработки лекарств до их рационального применения» Сборник тезисов. – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2021. – С. 24-25.

6. Аскарова Р. И. Анализ нежелательных побочных реакций противотуберкулезных препаратов // II Международная онлайн научно-практическая конференция «Актуальные вопросы фармакологии: от разработки лекарств до их рационального применения» Сборник тезисов. – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2021. – С. 25-26.

7. Аскарова Р. И. Особенности туберкулезного процесса у детей в Хорезмской области // Теоретической и клинической медицины. 2025. №2. С.140

8. Аскарова Р. И. Особенности психического здоровья детей, больных туберкулезной интоксикацией // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии. Сборник материалов VI Международной междисциплинарной научно-практической конференции, к 140-летию со дня рождения Карен Хорни (Кемерово, 3 октября 2025 г.) / Г. В. Акименко, А. М. Селедцов, А. А. Лопатин, Ю. Ю. Кирина, А. С. Яковлев, Л. В. Гукина; отв. ред. Г. В. Акименко. – Кемерово: КемГМУ, 2025. – 479 с.

9. Аскарова Р. И. АРТ-терапия как эффективный метод в лечении туберкулеза / Арт-терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации : сборник материалов IV Международной научно-практической конференции (Кемерово, 18 апреля 2025 г.) / Г. В. Акименко, Л. В. Гукина, Ю. Ю. Кирина, А. И. Копытин, А. М. Селедцов, А. С. Яковлев ; отв.



ред. Г. В. Акименко. – Кемерово : КемГМУ, 2025. – 591 с. – ISBN 978-5-8151-0349-8. - Текст : электронный

10. Рахимова Г. К., Рахимов А. К., Аскарова Р. И., Арт-терапия-исследование литературных способностей больных туберкулезом детей / Арт-терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации : сборник материалов III Международной научно-практической конференции (Кемерово, 19 апреля 2024 г.) / Г. В. Акименко, Л. В. Гукина, Ю. Ю. Кирина, А. И. Копытин, А. М. Селедцов, А. С. Яковлев ; отв. ред. Г. В. Акименко. – Кемерово : КемГМУ, 2024. – 638 с. – ISBN 978-5-8151-0325-2. - Текст : электронный

11. Рахимов А. К., Рахимова Г. К., Аскарова Р.И., Остаточные изменения в легких у детей и подростков после перенесенного инфильтративного туберкулеза (обзор литературы) //Научный аспект. – 2024. – Т. 29. – №. 2. – С. 3619-3630

СОМАТОГЕННЫЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Михайлова В. А., Чернова В. И.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

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

Аннотация. Статья посвящена комплексному анализу соматогенных тревожно-депрессивных расстройств (СТДР) – психических нарушений, непосредственно обусловленных соматической патологией. Рассматриваются эпидемиология, ключевые этиологические факторы и патофизиологические механизмы развития СТДР, включающие нейрогуморальные, иммунные и цереброваскулярные нарушения. Подчеркивается полиморфность клинической



картины, часто характеризующейся преобладанием соматовегетативных и астенических симптомов над чисто аффективными, что создает значительные трудности для диагностики. В статье обосновывается необходимость интегративного подхода к терапии, сочетающего адекватное лечение основного заболевания, рациональную психофармакотерапию (в первую очередь, антидепрессантами группы СИОЗС) и психотерапевтические методики. Доказывается, что своевременное выявление и коррекция СТДР не только улучшают психическое состояние пациентов, но и повышают приверженность лечению, улучшая тем самым прогноз основного соматического заболевания.

Ключевые слова: соматогенная депрессия, тревога, коморбидность, общемедицинская практика, диагностика, патогенез, антидепрессанты, психотерапия, качество жизни.

SOMATOGENIC ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS

Mikhailova V. A., Chernova V. I.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – PhD in Psychology, Associate Professor E. V. Yanko

Abstract. This article provides a comprehensive analysis of somatogenic anxiety-depressive disorders (SADD)—mental disorders directly caused by somatic pathology. The article examines the epidemiology, key etiological factors, and pathophysiological mechanisms of SADD development, including neurohumoral, immune, and cerebrovascular disorders. The polymorphic clinical picture is emphasized, often characterized by a predominance of somatovegetative and asthenic symptoms over purely affective ones, which creates significant diagnostic difficulties. The article substantiates the need for an integrative approach to therapy, combining adequate treatment of the underlying disease, rational psychopharmacotherapy (primarily SSRI antidepressants),



and psychotherapeutic techniques. It is demonstrated that timely detection and correction of SADD not only improve the mental state of patients but also increase treatment adherence, thereby improving the prognosis of the underlying somatic disease.

Keywords: somatogenic depression, anxiety, comorbidity, general medical practice, diagnostics, pathogenesis, antidepressants, psychotherapy, quality of life.

Введение

Актуальность проблемы взаимосвязи психической и соматической сфер в медицине трудно переоценить. В настоящее время доминирует биопсихосоциальная модель, рассматривающая организм как целостную систему, в которой нарушения на одном уровне неизбежно влекут за собой изменения на других [10, с. 45]. В рамках этой парадигмы особое место занимают соматогенные тревожно-депрессивные расстройства (СТДР) – состояния, при которых симптомы депрессии и тревоги являются прямым физиологическим следствием соматического заболевания, а не просто психологической реакцией на него [9, с. 12].

Высокая распространенность СТДР в общемедицинской сети представляет серьезную проблему для здравоохранения. Согласно данным исследований, симптомы клинически значимой депрессии и тревоги выявляются у 20-35% пациентов с хроническими соматическими болезнями, что в 2-3 раза превышает показатели в общей популяции [5, с. 78]. Несвоевременная диагностика и отсутствие адекватной терапии СТДР приводят к ряду негативных последствий: снижается комплаенс, ухудшается качество жизни пациента, затрудняется контроль над течением основного заболевания, увеличиваются сроки госпитализации и финансовые затраты на лечение [1, с. 91].

Цель данной статьи – провести системный анализ современных представлений о диагностике, патогенезе и терапии соматогенных тревожно-



депрессивных расстройств, обосновав необходимость мультидисциплинарного подхода к ведению данной категории пациентов.

Объекты и методы исследования

Проведен аналитический обзор современных отечественных литературных источников, посвященных соматогенным тревожно-депрессивным расстройствам.

Результаты и их обсуждение

Согласно МКБ-10, соматогенные (органические) депрессивные и тревожные расстройства определяются как состояния, возникающие как прямое следствие церебральной болезни, повреждения или дисфункции, либо соматической патологии [2]. Ключевым диагностическим критерием является наличие убедительных данных (анамнестических, лабораторных, инструментальных) о том, что данное расстройство является непосредственным физиологическим последствием соматического заболевания [6, 9].

На практике решающее значение приобретает дифференциальная диагностика СТДР со следующими состояниями:

- **Психогенные (реактивные) расстройства:** Здесь тревога и депрессия являются психологической реакцией на стресс, связанный с болезнью (например, страх инвалидизации, реакция на госпитализацию). При СТДР связь с соматической патологией носит не психологический, а патофизиологический характер.
- **Соматизированные расстройства:** В этом случае первичным является психическое расстройство, которое «маскируется» соматическими симптомами (боли, сердцебиение, одышка), не находящими объективного подтверждения. При СТДР, напротив, имеется подтвержденное соматическое заболевание.
- **Депрессивный эпизод как самостоятельное заболевание:** когда депрессия и соматическая болезнь существуют параллельно, но не связаны причинно-следственными отношениями.



Патогенез СТДР является мультифакторным и сложным. Можно выделить несколько основных механизмов:

Нейрогуморальные и нейромедиаторные нарушения. Многие соматические заболевания напрямую влияют на системы нейротрансмиттеров, ответственных за регуляцию настроения и эмоций – прежде всего, серотонинергическую, норадренергическую и дофаминергическую.

- Эндокринные заболевания: Гипотиреоз приводит к снижению синтеза серотонина и норадреналина. Болезнь Кушинга, характеризующаяся гиперкортизолемией, вызывает повреждение гиппокампа и дисрегуляцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, что является ключевым звеном в патогенезе депрессии [3, с. 112].

- Сахарный диабет: Хроническая гипергликемия и оксидативный стресс повреждают нейроны, а колебания уровня глюкозы могут провоцировать тревожные состояния.

Иммуновоспалительный механизм.

Хронические соматические заболевания (ревматоидный артрит, системная красная волчанка, хронические инфекции) сопровождаются активацией иммунной системы и выработкой провоспалительных цитокинов (интерлейкины IL-1 β , IL-6, фактор некроза опухоли TNF- α). Эти цитокины способны проникать через гематоэнцефалический барьер и нарушать метаболизм моноаминов, усиливать активность ГГН-оси и индуцировать так называемое «поведение болезни» – апатию, ангедонию, утомляемость, социальную абстиненцию [7, с. 201].

Цереброваскулярные и органические поражения ЦНС.

- Сердечно-сосудистые заболевания: Артериальная гипертензия, атеросклероз, перенесенный инсульт приводят к хронической ишемии головного мозга, повреждению белого вещества и нарушению связей между префронтальной



корой и лимбической системой, что клинически проявляется как «сосудистая депрессия» [10, с. 88].

- Неврологические заболевания: Болезнь Паркинсона (дегенерация дофаминергических нейронов), рассеянный склероз (демиелинизация), последствия черепно-мозговых травм напрямую повреждают структуры мозга, ответственные за эмоциональную регуляцию.

Хронический болевой синдром и психологический стресс. Постоянная боль, ограничение подвижности, страх перед будущим и финансовые трудности создают хронический стресс, который, наслаиваясь на биологическую основу, усугубляет течение СТДР и способствует его хронификации.

Клиническая картина СТДР характеризуется полиморфизмом и высокой долей «соматических масок». Часто классические аффективные симптомы (тоска, идеи вины) отступают на второй план, уступая место:

- Выраженной астении: постоянная физическая и психическая утомляемость, ощущение «упадка сил».
- Соматовегетативным нарушениям: нарушения сна (инсомния, гиперсомния), аппетита, головокружения, сердцебиения, функциональные боли в различных частях тела.
- Когнитивным снижениям: трудности с концентрацией внимания, «туман в голове», снижение памяти.

Для скрининга и оценки тяжести СТДР в общемедицинской практике широко используются стандартизированные инструменты:

- Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS): особенно удобна, так как исключает соматические симптомы, фокусируясь на психологических аспектах [10, с. 355].
- Шкала Гамильтона для депрессии (HAM-D).
- Шкала Тревоги Гамильтона (ШТ).



Диагностический алгоритм должен включать:

- 1) выявление симптомов тревоги и депрессии;
- 2) установление наличия и тяжести соматического заболевания;
- 3) анализ временной и причинно-следственной связи между ними;
- 4) исключение других психических расстройств.

Лечение СТДР должно быть интегративным и проводиться совместно терапевтом (или узким специалистом) и психиатром. Лечение основного соматического заболевания.

Это первоочередная и обязательная задача. Успешная компенсация соматической патологии (например, нормализация уровня тиреоидных гормонов, контроль артериального давления, адекватное обезболивание) часто сама по себе приводит к значительному регрессу психической симптоматики.

Психофармакотерапия. Антидепрессанты – препараты первого выбора. Предпочтение отдается современным средствам с благоприятным профилем переносимости и минимальным риском лекарственных взаимодействий:

- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): эсциталопрам, сертралин, пароксетин. Обладают сбалансированным действием на тревожную и депрессивную симптоматику.
- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН): дулоксетин, венлафаксин. Особенно эффективны при наличии хронического болевого синдрома.
- Важны постепенное титрование дозы с минимальной эффективной и длительный курс терапии (не менее 6-12 месяцев после достижения ремиссии) для профилактики рецидивов.
- Анксиолитики (транквилизаторы): Препараты бензодиазепинового ряда (алпразолам, диазепам) применяются кратковременно (до 2-4 недель) для купирования острой тревоги и панических атак. Длительный прием не



рекомендуется из-за риска развития толерантности и зависимости. Психотерапевтические методы являются необходимым компонентом лечения.

- Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ): наиболее доказанный метод. Помогает пациенту идентифицировать и изменить катастрофические мысли о болезни, сформировать адаптивные стратегии совладания со стрессом.
- Методы релаксации и биологической обратной связи: Эффективны для снижения уровня тревоги и контроля вегетативных проявлений.
- Семейная психотерапия: Направлена на коррекцию отношений в семье и улучшение социальной поддержки пациента.

Заключение

Соматогенные тревожно-депрессивные расстройства представляют собой распространенную и клинически значимую проблему в общей медицинской практике, существенно ухудшающую прогноз и качество жизни пациентов. Патогенез СТДР сложен и включает нейрогуморальные, иммуновоспалительные, цереброваскулярные механизмы, а также влияние хронического стресса, что требует от врача глубокого понимания междисциплинарных связей. Клиническая картина часто характеризуется атипичностью с преобладанием соматовегетативных и астенических симптомов, что диктует необходимость активного скрининга с использованием стандартизированных шкал (HADS). Эффективное лечение СТДР возможно только в рамках интегративного подхода, который включает в себя приоритетную коррекцию основного соматического заболевания, рациональную психофармакотерапию (в первую очередь, антидепрессантами группы СИОЗС/СИОЗСН) и психотерапевтическую поддержку. Своевременная диагностика и адекватная терапия СТДР не только купируют психическую симптоматику, но и повышают приверженность пациентов лечению, улучшая тем самым общие медицинские исходы.



Источники и литература/ Sources and references:

1. Александровский Ю.А. Психические расстройства в общей медицинской практике. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 320 с.
2. Всемирная организация здравоохранения. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр). – Женева: ВОЗ, 1995.
3. Голд П.В. и др. Организация стрессовой системы и нарушение ее регуляции при депрессивных заболеваниях // Молекулярная психиатрия. – 2015. – Том 20(1). – С. 32-47.
4. Громова О. А., Субботин А. В., Семенов В. А. Реактивные состояния. Кемерово, 2012.
5. Крылов В.И., Романова Д.Д. Распространенность тревожных и депрессивных расстройств у кардиологических больных // Терапевтический архив. – 2020. – Т. 92, № 8. – С. 76-81.
6. Торшин, И. Ю. , О. А. Громова, Л. В. Стаховская, В. А. Семёнов, И. А. Щукин. Анализ хемотранскриптома указывает на нейротрофическое и нейромодулирующее действие молекулы цитиколина. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – Том 12 №4. – С. 91-99
7. Миллер А.Х., Райсон К.Л. Роль воспаления в депрессии: от эволюционного императива к современной цели лечения // Природа рассматривает иммунологию. – 2016. – Том 16(1). – С. 22-34.
8. Нейтрофические эффекты этифоксина Торшин И.Ю., Громова О.А., Семенов В.А., Лиманова О.А., Гоголева И.В. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016. Т. 8. № 4. С. 65-70.
9. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: Медпресс-информ, 2018. – 480 с.



10. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2007. – 256 с.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Мусаева М. Х.

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 рассмотрены основные направления клинической психотерапии, которые используются в современной практике. Представлены основные методы, описаны ключевые техники, используемые специалистами. Особое внимание уделено сравнительному анализу различных подходов и их эффективности в зависимости от типа заболевания и индивидуальных характеристик пациента. Поставлена задача найти наиболее эффективный метод психотерапии.

Ключевые слова: клиническая психотерапия, методы, ключевые техники, подходы в психотерапии.

TNE MAIN DIRECTIONS OF CLINICAL PSYCHOTHERAPY

Musaeva M. Kh.

Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Senior Lecturer A. S. Yakovlev

Abstract. This article examines the main directions of clinical psychotherapy used in modern practice. The main methods are presented, and key techniques used by specialists are described. Special attention is paid to the comparative analysis of various



approaches and their effectiveness depending on the type of disease and individual characteristics of the patient.

Keywords: clinical psychotherapy, methods, key techniques, approaches in psychotherapy.

Введение

Клиническая психотерапия представляет собой метод лечения психических расстройств путём целенаправленного воздействия на эмоциональную сферу, поведение и мышление пациента. Современные подходы в психотерапии включают большой спектр техник и моделей, каждая из которых имеет свои особенности и преимущества. Цель статьи – показать наиболее распространённые направления клинической психотерапии.

Объекты и методы исследования

Анализ и обобщение специальной литературы, публикаций и периодических изданий, посвящённых данной теме.

Основная часть

1. Психодинамическая психотерапия

Психодинамическая терапия базируется на предпосылке о том, что поведение и эмоциональные реакции человека формируются под воздействием глубинных конфликтов и бессознательных комплексов. Этот подход был заложен в теории Зигмунда Фрейда и его последователей, а его основная задача — помочь пациенту выявить и осознать внутренние противоречия, а также освободиться от подавленных травм и переживаний. В рамках этого направления особое значение придается раскрытию скрытых мотивов, интерпретации сновидений и анализу переносов. Использование психодинамической терапии актуально при лечении различных расстройств, включая тревожные и фобийные состояния, депрессию, посттравматические стрессовые реакции, а также проблем в межличностных



отношениях. Этот метод может быть реализован как в долгосрочной, так и в краткосрочной формах, что расширяет его возможности для индивидуальной адаптации и эффективности.

2. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)

Когнитивная психотерапия, являющаяся важным компонентом современного психотерапевтического пространства, строится на признании роли познавательных процессов в формировании психологических проблем. Ее основоположник, Аарон Бек, подчеркивал, что искажения в восприятии, негативные автоматические мысли и деструктивные убеждения лежат в основе многих нарушений. КПТ ориентирована на активное моделирование поведения, решение текущих проблем и достижение быстрого терапевтического результата. Практика показывает её высокую эффективность при лечении панических атак, тревожных расстройств, фобий и депрессивных состояний. Этот подход включает структурированное обучение навыкам идентификации негативных мыслей, их переоценки и замены на более адаптивные, а также развитие навыков самостоятельной работы с психическими состояниями.

3. Бихевиоральное направление

Бихевиоральный подход основывается на теории о том, что поведение человека формируется в результате реакции на внешние стимулы и подкрепления. В рамках этого метода проводится тщательный анализ поведения, после чего разрабатывается индивидуальный план коррекции. Основная идея — сформировать новые, более адаптивные навыки и реакции, заменяющие деструктивные модели. Методика предполагает использование подкреплений, тренировок и систематическую работу над изменением поведения. Он особенно эффективен при лечении фобий, зависимостей, расстройств пищевого поведения и нарушений сна, а также в работе с детьми и подростками.



4. Экзистенциальная психотерапия

Данный спектр подходов включает такие направления, как экзистенциальная психотерапия, дазайн-анализ, гештальт-терапия, логотерапия и другие гуманистические модели. В рамках этого направления особое внимание уделяется смыслу человеческого существования, свободе выбора, ответственности и поиску личностной аутентичности. Терапевтический процесс строится на диалоге и доверительном партнерстве, а методы ориентированы на глубокое проникновение в личностный опыт пациента, его ценностные ориентиры и экзистенциальные дилеммы. Основной акцент делается не только на устранении симптомов, но и на личностном росте, самореализации и духовной трансформации.

5. Интегративное направление

Интегративная психотерапия представляет собой синтез различных методологических подходов, таких как психодинамический, когнитивно-поведенческий, телесно-ориентированный, гештальт и семейный подходы, а также современные методы, основанные на осознанности и позитивной психологии. Главная идея — целостность и адаптация методов в соответствии с уникальными потребностями каждого клиента. Такой комплексный подход позволяет более гибко и точно адресовать проблемы, объединяя личностные, когнитивные, эмоциональные и физиологические аспекты функционирования человека. Это способствует более глубокому и устойчивому результату, а также развитию личностного потенциала и социальной адаптации.

Сравнительный анализ:

Несмотря на то, что есть много доказательств эффективности психотерапии, зачастую трудно сравнить разные методы и определить, какой из них наиболее результативен. Обычно такие сравнения делаются редко.



Общее число сравнительных исследований эффективности психотерапии в базе PubMed — 52 — значительно меньше общего количества исследований, подтверждающих эффективность психотерапии.

Например, в обзоре 2005 года (de Mello M. и соавт.) было сравнение интерперсональной терапии (ИПТ) при тяжелой депрессии с другими методами:

- ИПТ оказалась лучше плацебо;
- по эффективности она сравнима с медикаментами, и при совместном применении эффект не увеличивается;
- ИПТ превосходит когнитивно-поведенческую терапию (КПТ).

Другие исследования показывают разную картину:

- В одном обзоре 2005 года (van Hees M.L.J.M. и соавт.) было установлено, что ИПТ, КПТ и медикаменты при тяжелой депрессии имеют примерно одинаковую эффективность, и все эти методы могут использоваться.

Медикаменты были эффективны по сравнению с плацебо, а в некоторых случаях КПТ превосходила медикаменты или их эффективность была сопоставима.

Исследования в области тревожных расстройств показывают, что:

- КПТ более эффективна, чем психофармакотерапия, при тревожных и депрессивных расстройствах.

При зависимости от алкоголя и наркотиков:

- КПТ демонстрирует умеренный и устойчивый эффект, особенно при алкогольной зависимости, а при наркотической зависимости — умеренный эффект.

Сравнение КПТ и психофармакотерапии при тревожных и депрессивных расстройствах показывает, что КПТ обычно более эффективна при тревожных расстройствах (кроме социальной фобии), а при депрессии их эффективность примерно равна.

Исследование 2016 года (Pompoli A. и соавт.) сравнивает разные виды психотерапии при паническом расстройстве:



- все методы показали схожие результаты, при этом КПТ и психодинамическая терапия имели некоторые преимущества.

Обзор 2016 года (Cuijpers P. и соавт.) показывает, что:

- КПТ эффективна при генерализованном тревожном расстройстве;

Также есть исследования, сравнивающие эффективность терапии повторяющихся ночных кошмаров, качества сна и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), где все методы оказались примерно равными по эффективности.

Обзор 2015 года (Xie Cheng-Long) сравнивает КПТ и диалектическую поведенческую терапию (ДПТ) при депрессии при болезни Паркинсона — и показывает, что их эффективность примерно одинакова.

Обзор 2015 года (Cristea I.A. и соавт.) показывает, что разные методы психотерапии и медикаментозное лечение при депрессии показывают схожие результаты, хотя КПТ чуть лучше влияет на дисфункциональные мысли.

Обзор 2016 года (Pompoli A. и соавт.) сравнивает разные виды терапии при паническом расстройстве — и показывает, что все они примерно равноэффективны, хотя КПТ и психодинамическая терапия имеют небольшие преимущества.

Обзор 2017 года (Wang Z. и соавт.) показывает эффективность КПТ и медикаментозных методов при тревожных расстройствах у детей, хотя доказательств для применения медикаментозной терапии меньше.

Обзор 2017 года (Steiner C. и соавт.) на большой выборке показывает, что психодинамическая терапия, КПТ и психофармакотерапия имеют примерно одинаковую эффективность.

Также крупнейшее исследование 2020 года (Carl E. и соавт.) на базе 79 рандомизированных исследований с более чем 11 000 участников показало, что психотерапия в целом обладает умеренно-высокой эффективностью, и при этом



она, как правило, в два раза более эффективна, чем медикаменты при генерализованном тревожном расстройстве.

Обобщая, из 52 обзоров и сравнительных исследований только в 20 из них проводились прямые сравнения разных методов психотерапии. В 14 случаях было установлено, что КПТ и другие методы примерно равны по эффективности, в 3 — что КПТ превосходит другие методы, и в 3 — что другие методы превосходят КПТ.

Таким образом, несмотря на различия, КПТ остается наиболее распространенным и доказанно эффективным методом психотерапии в мире, и зачастую показывает результаты, сопоставимые с другими проверенными методами.

Заключение

Исследования показывают, что различные психотерапевтические подходы примерно одинаково эффективны в работе с различными видами клиентов и расстройств, можно лишь отметить, что КПТ преобладает численно, т.е. используется как метод чаще. Различия между подходами минимальны и редко когда значимы. Утверждения о превалирующей эффективности одного подхода над другими, в частности о когнитивно-поведенческой терапии как наиболее эффективной или о «доказательной» психотерапии, в большинстве случаев не соответствуют реальным эмпирическим данным.

Методологически невозможно провести исследование психотерапии, соответствующее «классическим» представлениям о рандомизированном исследовании, подобно фармакотерапии. Причина этого, в частности, в невозможности обеспечить двойное слепое исследование психотерапии. Психотерапия сама по себе — неклассическая дисциплина.

Наиболее важным компонентом терапии является личность «эффективного» психотерапевта, а не набор методик, которых он/она придерживается.



Источники и литература/ Sources and references:

1. Ляшковская С.В., Ташлыков В.А., Семенова Н.В. Подходы к определению и типологии мишеней психотерапии в контексте задач совершенствования индивидуальных программ психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии 2021. — № 1. — С. 89–98.
2. Джангильдин Ю.Т., Цыганков Б.Д., Добровольская Ю.В. Основные направления и модальности в современной психотерапии: учеб. пособие. — М., 2024. — 60 с.
3. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. — 2-е изд., доп. и перераб. — М.: Академический Проект, 2020. — 800 с
4. Назыров Р.К., Холявко В.В. О предметной области клинической психотерапии как складывающейся самостоятельной дисциплины в системе медицинских наук // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2021. — № 5. — С. 28–34.
5. Тукаев Р.Д. Доказательные исследования эффективности психотерапии: тренды и результаты. «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология», 2022, том 13, № 3

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНТЕРОЦЕПТИВНОЙ ОСОЗНАННОСТИ, АЛЕКСИТИМИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

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

*Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»,
Минздрава России, Россия, г. Новосибирск*

Научный руководитель – преподаватель Д. Х. Гезиджи

Аннотация. В статье сравниваются проявления интероцептивной осознанности, эмоционального интеллекта и алекситимии у мужчин и женщин с



наркотической зависимостью. Сниженная способность к осознанию и пониманию интероцептивных ощущений рассматривается как фактор, нарушающий идентификацию и вербализацию эмоций, что характерно для алекситимии и связано с эмоциональным интеллектом. Алекситимия, сниженный эмоциональный интеллект рассматриваются в качестве факторов, снижающих психологическое благополучие данной группы пациентов, а также препятствует успешной психологической реабилитации. Данные, полученные при исследовании, позволяют сделать выводы о гендерной специфике интероцептивной осознанности, алекситимии и эмоционального интеллекта у пациентов с наркотической зависимостью.

Ключевые слова: интероцептивная осознанность, интероцепция, алекситимия, осознание эмоционального состояния, эмоциональный интеллект, наркотическая зависимость.

COMPARATIVE ANALYSIS OF INTEROCEPTIVE CONSCIOUSNESS, ALEXITIMIA, AND EMOTIONAL INTELLIGENCE IN MEN AND WOMEN WITH DRUG ADDICTION

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

Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology

Novosibirsk State Medical University, Russia, Novosibirsk

Supervisor – Lecturer Gezi D. Kh.

Abstract. The article compares the manifestations of interoceptive awareness, emotional intelligence, and alexithymia in men and women with drug addiction. The reduced ability to recognize and understand interoceptive sensations is considered as a factor that disrupts the identification and verbalization of emotions, which is characteristic of alexithymia and is associated with emotional intelligence. Alexithymia and reduced emotional intelligence are considered as factors that reduce the psychological well-being of this group of patients and hinder successful psychological rehabilitation.



The data obtained in the study allow us to draw conclusions about the gender specificity of interoceptive awareness, alexithymia, and emotional intelligence in patients with drug addiction.

Keywords: interoceptive awareness, interoception, alexithymia, emotional awareness, emotional intelligence, drug addiction.

Введение

На сегодняшний день наркотическая зависимость является одной из наиболее распространенных аддикций, что подтверждается данными официальной статистики. При изучении зависимого поведения наиболее важным является рассмотрение социальных, биологических и психологических факторов, влияющих на развитие зависимости. На данный момент для понимания механизмов формирования зависимого поведения первостепенным является изучение личностных факторов развития аддикции. В современных исследованиях необходим системный подход к изучению феномена зависимости [2, С.130].

Интероцептивное осознание позволяет интегрировать эмоции, физиологические ощущения и когнитивные процессы. Поэтому интероцептивная осознанность является значимым аспектом, взаимосвязанным с эмоциональной саморегуляцией [1, С.63].

Особый интерес представляет противоречивая взаимосвязь интероцептивной осознанности с алекситимией. Существуют две противоположные точки зрения: согласно первой, алекситимия связана со сниженной способностью к интероцептивной осознанности, в то время как вторая связывает высокую алекситимию с усиленным восприятием и пониманием интероцептивных ощущений [3, С.851].

Исследователи отмечают, что низкий уровень интероцептивной осознанности является фактором риска развития алекситимии, однако чрезмерное



внимание к телесным ощущениям также может негативно влиять на психическое благополучие [4, С.242].

Объекты и методы исследования

Объект исследования: взаимосвязь интероцептивной осознанности и алекситимии.

Предмет исследования: взаимосвязь интероцептивной осознанности и алекситимии у пациентов с наркотической зависимостью.

Цель исследования: изучение особенностей взаимосвязи интероцептивной осознанности и алекситимии у пациентов с наркотической зависимостью.

Методики исследования:

1. Многомерная оценка интероцептивного осознания (В. Мелинг);
2. Торонтская шкала алекситимии (Г. Тейлор, Д. Райан, Р. Бэгби);
3. Тест эмоционального интеллекта (Д.В. Люсин).

Эмпирическое исследование проходило на базе наркологического диспансера г. Новосибирска среди пациентов, проходящих лечение от наркотической зависимости. Выборку составили две группы пациентов наркологического диспансера: первая группа – 18 мужчин с наркотической зависимостью; вторая группа – 15 женщин с наркотической зависимостью.

Результаты и их обсуждение

На первом этапе в выборке испытуемых была проведена диагностика интероцептивного осознания с помощью методики «Многомерная оценка интероцептивного осознания» В. Мелинга. Данная методика направлена на изучение уровня развития компонентов интероцептивного осознания. Рассмотрим полученные результаты, отображенные в средних значениях (Табл. 1).

Между группами было выявлено различие в регуляции внимания ($p \leq 0,05$). Регуляция внимания более выражена в группе женщин с наркотической зависимостью. Это можно объяснить тем, что женщины более склонны



исследовать собственные телесные ощущения, направляя на них своё внимание в различных ситуациях. Также выявлено различие в осознании негативного эмоционального состояния ($p \leq 0,05$). Более высокий уровень осознания негативного эмоционального состояния характерен для женщин с наркотической зависимостью, что может говорить о склонности женщин исследовать собственные телесные ощущения при негативных эмоциональных состояниях, изучать взаимосвязь негативного эмоционального состояния с определёнными телесными ощущениями. Выявлено различие между группами по такому аспекту, как саморегуляция ($p \leq 0,01$). Для женщин с наркотической зависимостью более характерно изменение телесных ощущений через их осознание с целью снижения воспринимаемого стресса.

Таблица 1

**Особенности интероцептивного осознания пациентов с
наркотической зависимостью**

Компоненты интероцептивного осознания		Среднее значение	Стандартное отклонение	Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень		p- value
				N	%	N	%	N	%	
Наблюдение	Группа 1	3,46	1,19	3	16,7	10	55,5	5	27,8	0,24
	Группа 2	3,91	0,72	0	0	6	40	9	60	
Не отвлечение	Группа 1	1,85	1,12	3	16,7	13	72,2	2	11,1	0,25
	Группа 2	2,03	0,64	1	6,7	12	86,6	1	6,7	
Отсутствие беспокойства	Группа 1	2,29	1,06	1	5,6	11	61,1	6	33,3	0,19
	Группа 2	1,9	0,81	1	6,7	12	87,6	1	6,7	
Регуляция внимания	Группа 1	2,98	0,95	1	5,6	13	72,2	4	22,2	0,02
	Группа 2	3,55	0,6	0	0	5	33,3	10	66,7	
Осознание негативного ЭС	Группа 1	2,88	1,28	1	5,6	13	72,2	4	22,2	0,03
	Группа 2	3,71	1,05	1	6,7	6	40	8	53,3	



Осознавание позитивного ЭС	Группа 1	3,39	1,34	4	22,2	9	50	5	27,8	0,06
	Группа 2	4,35	0,65	0	0	6	40	9	60	
Саморегуляция	Группа 1	2,34	1,15	2	11,1	9	50	7	33,3	0,01
	Группа 2	3,79	0,67	0	0	2	13,3	13	86,7	
Доверие	Группа 1	3,26	1,31	2	11,1	13	72,2	3	16,7	0,32
	Группа 2	3,72	0,58	0	0	15	100	0	0	

Примечание: группа 1 – мужчины с наркотической зависимостью, группа 2 – женщины с наркотической зависимостью. Полужирным начертанием выделены достоверные различия. р - уровень статистической значимости, критерий Манна-Уитни.

Методика «Торонтская шкала алекситимии (TAS-20)», автором которой является Г. Тейлор, позволяет диагностировать уровень алекситимии. В исследовании данная методика используется для оценки уровня алекситимии и её отдельных компонентов у пациентов с наркотической зависимостью. Рассмотрим полученные результаты, отображенные в средних значениях (Табл. 3).

Таблица 3

**Выраженность алекситимии у пациентов с наркотической
зависимостью**

Показатели алекситимии		Среднее значение	Стандартное отклонение	Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень		p- value
				N	%	N	%	N	%	
Общий уровень алекситимии	Группа 1	59,89	13,16	1	5,6	90	50	8	44,4	0,08
	Группа 2	52,73	6,58	1	6,7	14	93,3	0	0	
Трудность идентификации чувств	Группа 1	21,06	7,53	2	11,1	10	55,6	6	33,3	0,68
	Группа 2	22,33	5,71	0	0	10	66,7	5	33,3	



Трудность с описанием чувств	Группа 1	15,17	5,64	2	11,1	8	44,4	8	44,4	0,01
	Группа 2	11,07	3,37	3	20	12	80	0	0	
Внешне- ориентированное мышление	Группа 1	23	4,63	0	0	10	66,7	5	33,3	0,02
	Группа 2	19,2	2,65	0	0	15	100	0	0	

Примечание: группа 1 – мужчины с наркотической зависимостью, группа 2 – женщины с наркотической зависимостью. Полужирным начертанием выделены достоверные различия. р - уровень статистической значимости, критерий Манна-Уитни.

Таблица 4

Эмоциональный интеллект пациентов с наркотической зависимостью

Компоненты эмоционального интеллекта		Среднее значение	Стандартное отклонение	Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень		p- value
				N	%	N	%	N	%	
Межличностный эмоциональный интеллект	Группа 1	4,33	1,81	6	33,3	10	55,6	2	11,1	0,55
	Группа 2	4,73	1,28	0	0	18	62,1	11	37,9	
Внутриличностный эмоциональный интеллект	Группа 1	3,94	2,04	7	38,9	9	50	2	11,1	0,42
	Группа 2	4,27	1,5	1	3,4	14	48,3	14	48,3	
Понимание эмоций	Группа 1	3,83	2,82	5	33,3	10	66,7	0	0	0,15
	Группа 2	5,67	4,7	9	50	6	33,3	3	16,7	
Управление эмоциями	Группа 1	4,61	1,97	4	22,2	10	55,6	4	22,2	0,65
	Группа 2	4,87	1,64	6	20,7	14	48,3	9	31	



Примечание: группа 1 – мужчины с наркотической зависимостью, группа 2 – женщины с наркотической зависимостью. p - уровень статистической значимости, критерий Манна-Уитни. Статистически значимых различий не выявлено.

Было выявлено различие между группами по шкале трудность с описанием чувств ($p \leq 0,01$). У мужчин с наркотической зависимостью сложности с вербализацией чувств более выражены по сравнению с женщинами с наркотической зависимостью. Также было получено различие между группами по показателю внешне-ориентированное мышление ($p \leq 0,05$). Для мужчин с наркотической зависимостью более характерно объяснение собственных эмоциональных состояний через внешние факты, а также избегание понимания истинных причин различных эмоциональных состояний.

Методика «Тест эмоционального интеллекта (ЭМИн)» разработана Д.В. Люсиным. Данная методика позволяет диагностировать внутриличностный, межличностный эмоциональный интеллект и их отдельные компоненты. Рассмотрим полученные результаты, отображенные в средних значениях (Табл. 4).

Статистически значимых различий между группами по данной методике выявлено не было. Предположительно это связано с влиянием наркотических веществ на эмоциональную сферу пациентов.

Заключение

1. В результате исследования особенностей проявления интероцептивной осознанности у пациентов с наркотической зависимостью мы выявили, что такие компоненты, как регуляция внимания, осознание негативного эмоционального состояния, саморегуляция более выражены у женщин с наркотической зависимостью. Таким образом, для данной группы характерно направление внимания на собственные телесные ощущения, идентификация специфичных



телесных ощущений при негативных эмоциональных состояниях, влияние на своё эмоциональное состояние через изменение телесных реакций.

2. У группы мужчин с наркотической зависимостью более выражены такие компоненты алекситимии, как трудность с описанием чувств и внешне-ориентированное мышление. Для данной группы характерны затруднения при вербализации испытываемых чувств и эмоций, склонность объяснять эмоциональные состояния через внешние события и явления.

3. Статистически значимых различий в проявлении компонентов эмоционального интеллекта между группами выявлено не было.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Прокудина, Д. А. Влияние особенностей interoцепции на пищевое поведение //Молодой ученый. – 2022. – № 28 (423). – С. 62-64.

2. Фёдорова Н. Ю. Психологическая характеристика лиц, страдающих алкогольной зависимостью //Вестник молодого ученого Кузбасского института: сборник научных статей. – 2019. – С. 129-131.

3. Scarpazza C., Zangrossi A., Huang Y.C., Sartori G., Massaro S. Disentangling interoceptive abilities in alexithymia //Psychol Res. – 2022. – Vol. 86(3). – P. 844-857.

4. Trevisan D.A., Mehling W.E., McPartland J.C. Adaptive and Maladaptive Bodily Awareness: Distinguishing Interoceptive Sensibility and Interoceptive Attention from Anxiety-Induced Somatization in Autism and Alexithymia //Autism Res. – 2021. – Vol. 14(2). – P. 240-247.



ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Николенко К. 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 данной статье проанализированы основные методы и направления психотерапии обсессивно-компульсивного расстройства. Выделены преимущества и недостатки различных методов. Описаны основные методы психотерапии и дано определение обсессивно-компульсивного расстройства.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), психотерапия, экспозиция с предотвращением реакции (ЭПР), психодинамическая терапия, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ).

THE MAIN METHODS OF PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Nikolenko K. V.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Supervisor – Senior Lecturer A. S. Yakovlev

Abstract. This article analyzes the main methods and directions of psychotherapy of obsessive-compulsive disorder. The advantages and disadvantages of various methods are highlighted. The main methods of psychotherapy are described and the definition of obsessive-compulsive disorder is given.

Keywords: obsessive-compulsive disorder (OCD), psychotherapy, exposure with reaction prevention (EPR), psychodynamic therapy, cognitive behavioral therapy (CBT).



Введение

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) - это состояние психического здоровья, характеризующееся появлением навязчивых мыслей, идеи (обсессиями), повторяющихся действий (компульсиями) приносящими больному чувство тревоги, которые необходимо выполнить для улучшения состояния и уменьшения тревожности [6].

Обсессии - это навязчивые мысли или идеи, побуждения, которые повторяются из раза в раз, несмотря на то, что человек пытается избавиться от них. Такие мысли носят навязчивый характер, вызывают чувство тревоги, с которым самостоятельно человек справиться не может. Компульсии-это повторяющиеся, «ритуальные» действия, которые человек выполняет, чтобы избавиться от навязчивых мыслей (обсессий). Выполнение своих ритуалов приносит человеку уменьшение тревожности. Данное расстройство негативно влияет на жизнь пациента, его психологическое состояние, работу, отношения с родственниками и друзьями. Лечение обсессивно-компульсивного синдрома включают медикаментозную терапию в сочетании с психотерапией и именно психотерапевтические методы являются основой лечения ОКР [4, 5].

Объекты и методы исследования

Изучение, анализ и обобщении литературы, посвященных теме обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), методы его лечения. Рассмотрим основные методы психотерапии, используемые для лечения обсессивно-компульсивного расстройства.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)

Когнитивно-поведенческую терапию впервые начал изучать американский психотерапевт Аарон Бек в 1960х годах. Аарон Бек выдвинул идею, что эмоциональные страдания, которые испытывает пациент не связаны с событиями, а связаны с их восприятием. Это стало основой для разработки КПТ. На данный



момент когнитивно-поведенческая терапия является наиболее эффективной для лечения обсессивно-когнитивного расстройства. Когнитивно-поведенческая терапия фокусируется на связи между мыслями, эмоциями, убеждениями (когнитивная реконструкция) и поведением [3].

Основные компоненты КПТ:

1. Психообразование. Пациент работает с терапевтом, ему объясняется почему и как возникает ОКР, как устроено это расстройство.
2. Когнитивная реконструкция, заключается в осмыслении и изменении негативных мыслей и идей таким образом, чтобы сформулировать более конструктивные и объективные взгляды на себя, окружающую действительность.
3. Экспозиционная терапия. Суть метода заключается в том, что человек сталкивается с тревожными ситуациями намеренно, без выполнения компульсивных действий.
4. Закрепление навыков. Заключается в закреплении нового мышления и поведения.

Когнитивно-поведенческая терапия может использоваться, как отдельный метод, так и в сочетании с другими методиками, в зависимости от индивидуальных особенностей пациента. Чаще всего совместно с когнитивно-поведенческой терапией используют экспозицию с предотвращением реакции (ЭПР), групповую терапию и методы психодинамической терапии.

Экспозиция с предотвращением реакции (ЭПР)

Экспозиция с предотвращением реакции является одним из основных методов терапии обсессивно-компульсивного расстройства, который заключается в столкновении человека с его триггерами и удержании от выполнения компульсивных действий. Основная цель ЭПР заключается в том, чтобы человек привык к ситуациям, которые у него провоцируют страх и научился справляться с



ними самостоятельно, без выполнения ритуалов для достижения своего успокоения [7].

Можно выделить основные этапы терапии:

1. Оценка симптомов. Человек должен понять. Какие именно ситуации или мысли вызывают у него наибольшую тревогу.
2. Иерархия страхов. Терапевт помогает пациенту составить список ситуаций, которые вызывают страх, от менее тревожных до тех, что вызывают наибольшую тревожность.
3. Экспозиция. Намеренное столкновение с каждым пунктом списка, начиная с наименее страшных ситуаций.
4. Предотвращение реакций. Подавление желания выполнить компульсии.
5. Терпимость к дискомфорту. Пациент старается выдерживать свои неприятные ощущения, пока они не уменьшатся самостоятельно. Хотя экспозиция с предотвращением реакции и считается эффективным методом в лечении обсессивно-компульсивного расстройства, помогает он далеко не всем. Возможно, это связано с тяжестью заболевания и длительностью лечения, поэтому четверть пациентов прекращают лечение досрочно, у людей с менее сильными симптомами ОКР улучшение от терапии наступает заметно быстрее [1].

Психодинамическая терапия

Идея о психодинамической терапии возникла в XIX веке благодаря работам Зигмунда Фрейда. Согласно работам Зигмунда Фрейда обсессивно-компульсивное расстройство возникает из-за подавления желаний и конфликтов, которые проявляются в навязчивых действиях и мыслях. Психодинамическая терапия -это форма глубинной психотерапии, направленная на исследование бессознательных процессов, которые влияют на поведение, эмоции и отношения человека. Психодинамическая терапия эффективна в случаях лёгких симптомов обсессивно-



компульсивного расстройства и чаще всего используется при недостаточной эффективности других методов [6].

Основные принципы терапии:

1. Анализ раннего опыта. Пациент погружается в ранние переживания, конфликты с близкими, чтобы найти причину данного состояния.
 2. Интерпретация симптомов. Пациенту помогают понять значение его навязчивостей.
 3. Работа с переносом. Пациент проецирует свои переживания на психотерапевта, что позволяет терапевту выявить более скрытые травмы человека.
 4. Развитие самосознания. Направлена на повышение осознанности пациента, что способствует улучшению контроля над симптомами.
- Таким образом, психодинамическая терапия представляет собой комплексный подход, позволяющий глубже понять причины возникновения обсессивно-компульсивного расстройства [1].

Групповая терапия

Групповая терапия - это метод, который работает сразу с несколькими людьми под руководством терапевта. Ее развитие началось в середине XX века вместе с распространением психодинамической терапии и поведенческой психологии. Метод основан на том, чтобы люди с похожими проблемами обменивались опытом, поддерживали друг друга, получали обратную связь. В такой атмосфере люди чувствуют себя безопасней и готовы выразить свои мысли и чувства более откровенно, это помогает им увидеть, что не только они сталкиваются с подобными проблемами, но и другие люди испытывают такие же трудности. Групповая терапия помогает им в преодолении своих страхов, формирует новые способы поведения, повышает стрессоустойчивость, помогает снизить чувство одиночества [2].



Заключение

Обсессивно-компульсивное расстройство - это сложное состояние, которое требует комплексного подхода к лечению, больших усилий от пациента и от терапевта. Поэтому важно выбирать методики индивидуально, подходящие конкретному пациенту. Все рассмотренные мною методики когнитивно-поведенческая терапия, групповая терапия, психодинамическая терапия, экспозиция с предотвращением реакции помогают пациентам справиться с симптомами обсессивно-компульсивного расстройства и улучшить качество их жизни.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Александров, А.А., Карабанова, О. А. (2018). Психодиагностика. Москва: Академия. – С. 4
2. Абрамов Г.С., практическая психология – изд. 6-е., перераб. и доп. – М: Академический проект, 2001. – 480с.
3. Газин И.В., Когнитивно-поведенческая терапия обсессивно-компульсивного расстройства. // Гуманитарные науки. -2017.-№4.
4. Духарева А.В., Майоров А.А., Обсессивно-компульсивное расстройство: как проявляются ритуалы? // Новый взгляд. Международный научный вестник. - 2013.- №1.-69-74.
5. Кошкин К.А., Красиов В.Н. (ред.). Психиатрия: национальное руководство. – М: ГЭОТАР – Медиа, 2021. -896с.
6. Суботьялова С.М., Суботьялов М.А., Обсессии и ритуалы: понимание механизмов обсессивно-компульсивного расстройства // Ученые записки Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского. Социология. Педагогика. Психология. - 2025.-Т.11.-№1.-166-173.
7. Свядощ А.М. Невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивный и фобический невроз) // Неврозы (руководство для врачей). – 4е, перераб. и доп. – Санкт – Петербург: Питер (издательство), 1997. – С. 69-95.



ГИПОДИАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (ПТСР)

Окунев М. 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 рассмотрены причины гиподиагностики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в системе первичной медико-санитарной помощи Российской Федерации с опорой на клинические рекомендации Минздрава РФ (2023) и отечественные методические материалы. Особое внимание уделено роли структурированного диагностического интервью (СКИД) и использованию валидированных скрининговых инструментов (PCL-5) в рамках ступенчатого подхода. Предложен адаптированный алгоритм скрининга и маршрутизации пациентов для внедрения в поликлинической практике.

Ключевые слова: ПТСР; скрининг; первичная помощь; SCID; PCL-5; CAPS-5; Минздрав РФ; маршрутизация; МКБ-10.

UNDERDIAGNOSIS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

Okunev M. E.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Supervisor: Senior Lecturer A. S. Yakovlev

Abstract. This article analyses causes of underdiagnosis of posttraumatic stress disorder (PTSD) in primary health care in the Russian Federation, based on the Ministry of Health clinical guidelines (2023) and national methodological materials. Special attention is paid to the role of structured diagnostic interviews (SCID) and to a stepped



screening scheme. An adapted staged algorithm for screening and referral suitable for outpatient implementation is proposed.

Keywords: PTSD; SCID; screening; primary health care; PCL-5; CAPS; clinical guidelines; ICD-10.

Введение

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) остаётся актуальной проблемой здравоохранения из-за выраженной инвалидизации и высокой частоты коморбидных состояний.

В российской практике официальной системой кодирования и статистики является МКБ-10. В 2023 г. Минздрав РФ утвердил клинические рекомендации по ПТСР, которые задают ориентиры по скринингу, диагностике и маршрутизации пациентов. Практическая реализация этих рекомендаций на первичном уровне (поликлиники, врачи общей практики) сталкивается с рядом проблем, приводящих к гиподиагностике — ситуациям, когда пациенты с клиническими проявлениями ПТСР остаются без направленной помощи и наблюдения.

Объекты и методы исследования

Материалом исследования послужили клинические рекомендации Минздрава РФ (2023), методические указания профильных научных центров и отечественные обзорные статьи 2020–2024 гг. Анализ проводился по трём направлениям:

- 1) сопоставление рекомендованных инструментов и алгоритмов;
- 2) выявление барьеров внедрения на первичном уровне;
- 3) разработка реалистичного алгоритма скрининга и маршрутизации с учётом российских реалий.



В работе использованы только официально упоминаемые в рекомендациях инструменты: SCID/СКИД, PCL-5, CAPS-5 и клиническое интервью; самодельные опросники и модификации не применялись.

Результаты и их обсуждение

1. Нормативный контекст и ключевые положения рекомендаций Минздрава РФ Клинические рекомендации Минздрава РФ (2023) подчёркивают важность скрининга в первичном звене и рекомендуют ступенчатый подход: скрининг → углублённая оценка → подтверждение диагноза специалистом. В рекомендациях прямо указываются валидированные инструменты: PCL-5 как удобный самоотчётный скрининг и мониторинговая шкала; SCID/СКИД — как структурированное диагностическое интервью, используемое при подтверждении диагноза специалистом; CAPS-5 — как инструмент для количественной оценки тяжести симптоматики. Документ также акцентирует необходимость кодирования по МКБ-10 и организации маршрутизации пациентов к профильной помощи [1].

2. Барьеры выявления ПТСР в системе первичной помощи

2.1. Образовательный и клинический дефицит

Многие врачи первичного звена не имеют достаточной подготовки по распознаванию клинических проявлений ПТСР и применению стандартных инструментов. Симптомы ПТСР могут замаскироваться под соматические жалобы, депрессию или тревожные расстройства; без навыков целевого опроса и интерпретации PCL-5 вероятность пропуска диагноза возрастает.

Важной мерой является организация кратких обучающих модулей и памяток по интерпретации результатов PCL-5 и по алгоритму направления к СКИД у специалиста.



2.2. Организационно-процессные ограничения

Ограниченное время приёма, загруженность врачей и отсутствие встроенных скрининговых форм в ЭМК препятствуют раннему выявлению. Проведение SCID/СКИД требует времени и подготовки, поэтому её массовое использование в первичном звене нецелесообразно; необходима чёткая маршрутизация и распределение ролей: скрининг остаётся за первичным звеном, подтверждение — за специалистом.

2.3. Технические и ресурсные факторы

Отсутствие интеграции PCL-5 в локальные ЭМК, недостаток оборудования для дистанционного опроса и ограниченная сеть профильных специалистов в регионах снижают доступность углублённой диагностики. Развитие телемедицинских сервисов и интеграция стандартных форм в ЭМК облегчат сбор данных и направленность пациентов к специалистам.

2.4. Пациент-ориентированные факторы

Стигма, деликатность травматических тем и опасение за последствия (включая юридические) приводят к тому, что пациенты зачастую не раскрывают травмирующие события при первичном обращении. Необходимы меры по информированию пациентов о конфиденциальности и о возможностях лечения, что повышает готовность к обсуждению симптомов.

3. Практический адаптированный алгоритм диагностики и маршрутизации (СКИД-ориентированная модель)

Предлагаемая модель опирается только на методики, рекомендованные в официальных источниках, и состоит из трёх последовательных этапов.

Этап 1 — первичный клинический скрининг и использование PCL-5

При первоначальном осмотре врач общего профиля обращает внимание на наличие симптомов, характерных для ПТСР (интрузии, избегание, нарушение сна, гипервозбуждение). При клиническом подозрении выполняется PCL-5 в



русскоязычной версии (полная или сокращённая, если локально доступна) для документирования симптоматики и объективной оценки тяжести. PCL-5 применяется также для мониторинга в динамике после начала лечения.

Этап 2 — направление к профильному специалисту и проведение СКИД. При достижении порогового значения PCL-5 или при устойчивом клиническом подозрении пациент направляется к психиатру или клиническому психологу, который проводит СКИД — структурированное клинико-диагностическое интервью для подтверждения диагноза ПТСР и исключения дифференциальных состояний. Результаты SCID интерпретируются специалистом и сопоставляются с критериями МКБ-10 для официального кодирования диагноза в медицинской документации.

Этап 3 — количественная оценка тяжести и план ведения (CAPS-5 при необходимости). Для оценки тяжести и динамики симптомов у подтверждённых пациентов могут использоваться CAPS-5 или эквивалентные шкалы, что важно для выбора терапевтической тактики и мониторинга ответа на лечение. Инструментальная диагностика (МРТ, ЭЭГ, лабораторные тесты) применяется селективно для исключения органических причин симптоматики.

4. Пилотное внедрение и критерии оценки эффективности

Для валидации предложенной модели рекомендуется пилотный проект в нескольких поликлиниках с разным профилем обслуживания (городская, пригородная, сельская). Ключевые индикаторы эффективности: доля пациентов с подозрением, прошедших PCL-5; доля направленных на СКИД; доля подтверждённых диагнозов; среднее время, затраченное на скрининг/верификацию;

оценка удовлетворённости врачей и пациентов; экономическая оценка затрат и потенциальной экономии при раннем выявлении и лечении.

5. Рекомендации по внедрению и обучению персонала



Для повышения выявления ПТСР в первичном звене рекомендуется:

- организовать краткие учебные программы (2–4 часа) для врачей общей практики по распознаванию ПТСР и использованию PCL-5;
- интегрировать русскоязычную версию PCL-5 в ЭМК и настроить направление на СКИД к специалисту при превышении порога;
- наладить телемедицинские консультации с профильными центрами для удалённых консультаций и подтверждения диагноза;
- проводить информационно-образовательные кампании для пациентов о доступности помощи и конфиденциальности.

Заключение

Гиподиагностика ПТСР в первичном звене — результат совокупности образовательных, организационных и технических причин. Сохранение СКИД в качестве ключевого диагностического инструмента при подтверждении диагноза в сочетании с широким применением PCL-5 на уровне первичной помощи обеспечит баланс между практичностью и диагностической надёжностью. Пилотные исследования по внедрению предложенной модели позволят оценить её эффективность и экономическую обоснованность для дальнейшего масштабирования.

Источники и литература/ Sources and references:

1. Посттравматическое стрессовое расстройство: клинические рекомендации / Российское общество психиатров; одобрены Минздравом РФ 28.02.2023. - Москва, 2023.
2. Методические рекомендации по ПТСР / НМИЦ психиатрии им. В. М. Бехтерева. - Санкт-Петербург, 2022.
3. PCL-5. PTSD Checklist for DSM-5: руководство (русская версия). — 2021. -Режим доступа: <https://www.ptsd.va.gov> (дата обращения: 30.10.2025).



4. CAPS-5. Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5: руководство (русский перевод). — 2021. — (электронный ресурс).
5. SCID. Structured Clinical Interview for DSM: руководство, адаптация и модули (русская версия). — 2019–2022. — (электронный ресурс).
6. Smirnova T.B., Novikov D.Y. Телемедицина и дистанционная диагностика при ПТСР // Pervaya meditsinskaya praktika. — 2023. — №4. — С.12–22.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ СТАРШЕКЛАССНИКОВ И СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ АКТИВНОСТИ

Павлова Д. Ю., Мальцева С. И.

*Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»,
Россия, г. Красноярск*

Аннотация. В статье рассматривается влияние компьютерных игр на уровень стресса и психологическое благополучие старших школьников. Были проанализированы результаты исследования, в котором участвовали 40 подростков 10-11 классов, разделенных на три группы по уровню вовлеченности в компьютерные игры: зависимые, увлеченные и не интересующиеся играми. Исследование показало, что уровень стресса у подростков значительно различается в зависимости от их отношения к играм. У подростков, имеющих зависимость от игр, наблюдался более высокий уровень стресса, в то время как у увлеченных и не интересующихся игроками стресс был значительно ниже.

Ключевые слова: компьютерные игры, стресс, психологическое благополучие, подростки, зависимость, влияние, исследования.



**FEATURES OF THE EMOTIONAL-VOLITIONAL SPHERE
OF HIGH SCHOOL STUDENTS AND STUDENTS WITH
DIFFERENT LEVELS OF COMPUTER GAMING ACTIVITY**

Pavlova D. Yu., Maltseva S. I.

*Siberian Institute of Business, Management and Psychology,
Russia, Krasnoyarsk*

Abstract The article examines the influence of computer games on stress levels and psychological well-being of senior school students. The results of a study were analyzed, which involved 40 teenagers in grades 10-11, divided into three groups by the level of involvement in computer games: addicted, passionate and not interested in games. The study showed that the stress level of teenagers varies significantly depending on their attitude to games. Teenagers with a gaming addiction had a higher stress level, while passionate and not interested players had significantly lower stress.

Keywords: computer games, stress, psychological well-being, teenagers, addiction, influence, research.

Введение

Актуальность обусловлена несколькими факторами. Во-первых, компьютерные игры стали неотъемлемой частью современной жизни и играют значительную роль в развитии подростков. Сегодня практически каждый подросток в той или иной степени играет в игры, проводя за ними значительное количество времени. Это делает изучение их влияния на формирование личности и психическое здоровье чрезвычайно важным.

Во-вторых, существует много противоречивых мнений о влиянии игр на подростков. Одни считают, что игры могут способствовать развитию когнитивных способностей, реакции и координации, а также создавать возможности для социального взаимодействия. Другие же видят в них источник зависимости, агрессии, проблем со сном и снижения учебной мотивации. Необходимость



провести глубокое исследование для получения достоверной информации о реальном влиянии игр на подростков является крайне актуальной.

В-третьих, результаты исследований могут быть использованы для разработки эффективных стратегий по здоровому использованию компьютерных игр, предотвращению зависимости и поддержке подростков. Важно научить родителей, педагогов и самих подростков правильно относиться к компьютерным играм, определять границы их использования и предотвращать возможные негативные последствия [3].

Наконец, изучение влияния компьютерных игр на подростков поможет лучше понять место игр в их жизни и их роль в формировании личности. Это позволит разработать более эффективные методы работы с подростками, учитывая их интересы и особенности современного мира [2].

Таким образом, актуальность изучения влияния компьютерных игр на подростков очевидна. Результаты исследований помогут нам лучше понять эту сложную проблему и разработать эффективные стратегии для здорового развития подростков в современном мире.

Компьютерные игры стали неотъемлемой частью жизни современного поколения, особенно для старших школьников. Подростки проводят значительное время в виртуальном мире, уделяя играм много внимания и энергии [1]. Однако, существует много противоречивых мнений о влиянии компьютерных игр на психическое здоровье подростков. Одни считают, что игры могут способствовать развитию когнитивных способностей и социальных навыков, другие же видят в них источник зависимости, агрессии и проблем с психическим здоровьем.

Компьютерная зависимость – это патологическое пристрастие к работе или проведению времени за компьютером.

К основным причинам Компьютерной зависимости среди подростков можно отнести одиночество, социальную дезадаптацию, поиск острых ощущений,



недоступных в реальном мире, депрессия и психические отклонения. Подобная зависимость несет в себе разрушающий вред для личности подростка.

Компьютерные игры являются привлекательными для подростков:

- как средство ухода от реальности за счет возможности анонимных социальных интеракций;
- как средство приобретения чувства безопасности и осознание своей анонимности при осуществлении интеракций;
- это возможность для реализации каких-то представлений, фантазий с обратной связью;
- это неограниченный доступ к информации - информационный вампиризм [5].

Объекты и методы исследования

В исследовании приняли участие 40 старшеклассников из 10 и 11 классов, которые были разделены на две группы по 20 человек в каждой.

Первая группа состояла из подростков, которые не играют в компьютерные игры, или же играют крайне редко.

Вторая группа объединяла школьников, регулярно играющих в компьютерные игры, проводящих за ними значительное количество времени.

Такое разделение позволило провести сравнительный анализ и выявить влияние компьютерных игр на психологическое благополучие подростков, определить существенные различия в психическом состоянии между двумя группами.

Методы исследования:

- 1) Анкета на тему «Использование компьютера школьниками»
- 2) Шкала PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона, адаптация Н. Е. Водопьяновой.
- 3) Шкала психологического благополучия (К. Рифф).



Результаты и их обсуждение

Анализ результатов анкеты позволил выявить три разные группы подростков по отношению к компьютерным играм:

1. Высокий уровень зависимости от игр (30%):

В эту группу вошли 12 подростков, которые продемонстрировали признаки зависимости от компьютерных игр. Для них характерно чрезмерное проведение времени за играми, что отрицательно влияет на их личную жизнь, учебу, общение с друзьями и семьей. Они часто пренебрегают своими обязанностями и потребностями, сосредоточиваясь исключительно на играх.

2. Увлечение играми (20%):

В эту группу вошли 8 подростков, которые также уделяют много времени играм, но при этом не проявляют признаков зависимости. Они увлекаются играми, но не забывают о своих обязанностях и других аспектах жизни. Они умеют контролировать время, проводимое за играми, и не позволяют им влиять на их личную жизнь. (рисунок 1)

Отдельную группу составили подростки, которые совсем не играют в компьютерные игры.

3. Отсутствие интереса к играм (50%):

В эту группу вошли 20 подростков, которые не проявляют интереса к компьютерным играм или же играют в них очень редко. Для них характерно проведение небольшого количества времени за компьютером, а их свободное время занимают другие увлечения и интересы.

Важно отметить, что эти три группы подростков отличаются не только по количеству времени, проводимого за играми, но и по степени их влияния на личную жизнь, психическое здоровье и учебную деятельность.



Анализ ответов подростков в анкете выявил две ключевые причины, ограничивающие их время за компьютером, в частности, за игрой в компьютерные игры.

Во-первых, это ограничения, установленные родителями. Большинство опрошенных подростков сообщили о том, что их родители контролируют время, проводимое за компьютером, и применяют различные методы ограничения, от установки временных лимитов до полного отключения интернета или блокировки доступа к играм с помощью паролей.

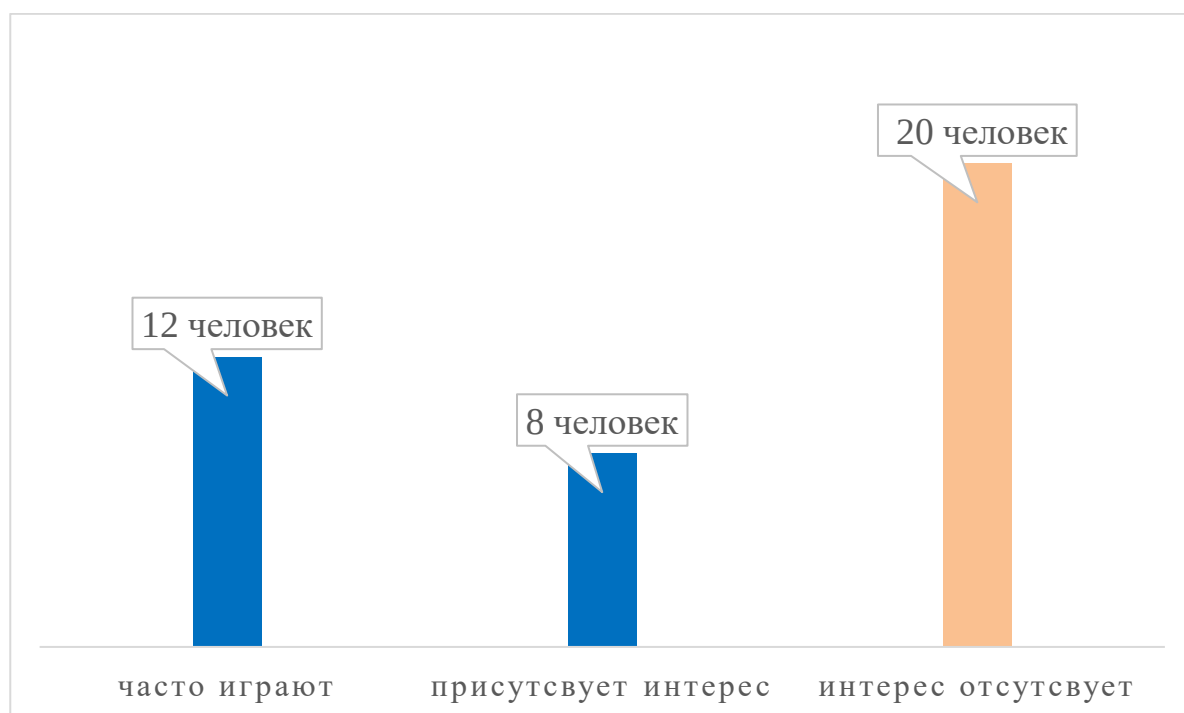


Рис. 1 – соотношение показателей, полученных в ходе анкетирования школьников на предмет их увлечения компьютерными играми

Во-вторых, некоторые подростки просто не испытывают интереса к компьютерным играм. Они предпочитают другие виды досуга, например, общение



с друзьями, спорт, творчество, чтение. Для них компьютерные игры не являются привлекательными или не вписываются в их интересы.

Далее было проведено тестирование на определение уровня стресса школьников, исследование уровня стресса у подростков, играющих в компьютерные игры, является необходимым шагом в понимании их психологического благополучия и разработке эффективных стратегий по поддержке их психического здоровья.

Проведенное исследование с помощью методики «Шкала психологического стресса» (PSM-25) показало, что уровень стресса у подростков различается:

- Высокий уровень стресса (35%) свидетельствует о дезадаптации и психическом дискомфорте. Таким подросткам необходимо предоставить специальную поддержку, включающую психологическую разгрузку, изменение стиля жизни и применение методов снижения стресса. Это может быть достигнуто с помощью психотерапии, релаксационных техник, упражнений на управление стрессом и занятий спортом [4].
- Средний уровень стресса (55%) указывает на необходимость соблюдения режима труда и отдыха, а также организации более рационального режима дня. В этом случае важно помочь подросткам выстроить свой расписание так, чтобы они имели достаточно времени как для учебы и творческой деятельности, так и для отдыха и увлечений.
- Низкий уровень стресса (10%) свидетельствует о хорошей адаптации к нагрузкам. Эти подростки, как правило, обладают хорошими компенсаторными механизмами и умеют эффективно справляться со стрессом. (рисунок 2).

Важно отметить, что уровень стресса у подростков может быть связан с различными факторами, включая ограничения со стороны родителей, личную склонность к стрессу, учебные нагрузки, социальные отношения и другие факторы. А повышенный уровень стресса чаще встречался у подростков, имеющих



зависимость от компьютерных игр, а также у тех, чьи родители ограничивают им доступ к гаджетам. Это подтверждает существенную роль семьи и окружающей среды в формировании психологического благополучия подростков [6].

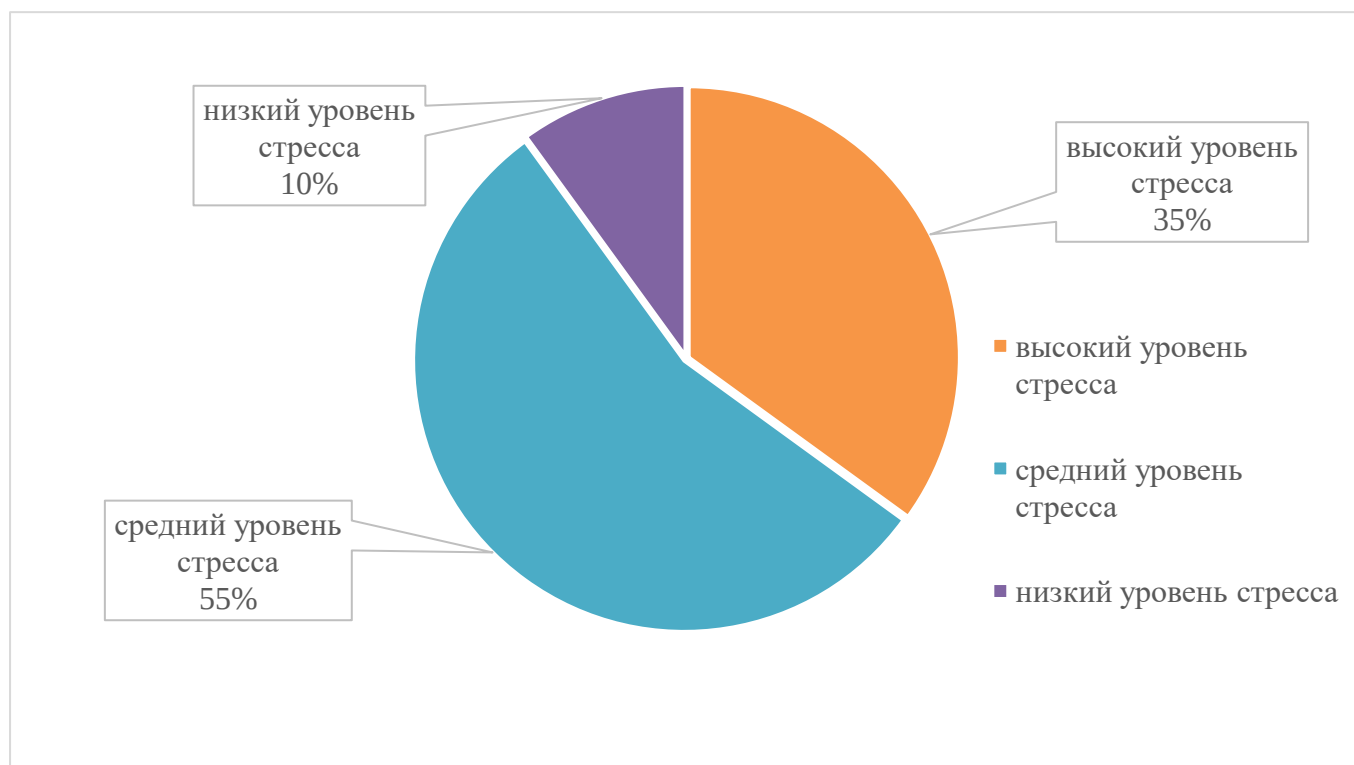


Рис. 2 – Соотношение результатов по методике «Шкала психологического стресса (Psychological Stress Measure, PSM-25)»

Исследование психологического благополучия подростков, проведенное с использованием специальных методик, показало следующие результаты:

5 подростков из общего числа участников продемонстрировали низкий уровень психологического благополучия. При этом все они являются активными игроками, проводящими значительное количество времени за компьютерными играми.

Такая связь между низким уровнем психологического благополучия и активным использованием компьютерных игр может указывать на несколько



важных факторов: возможно, подростки используют компьютерные игры как способ уйти от реальных проблем и негативных эмоций, которые они испытывают в реальной жизни. Виртуальный мир может предлагать им иллюзию контроля, успеха и признания, чего им не хватает в реальности.

Чрезмерное использование игр может приводить к развитию зависимости, которая в свою очередь увеличивает уровень стресса и отрицательно влияет на психологическое благополучие.

Зависимость от компьютерных игр может приводить к снижению социальной активности и ограничению общения с друзьями и семьей. Это также может отрицательно сказываться на психологическом благополучии.

Подростки, которые не зависят от компьютерных игр и не проводят за ними много времени по собственному решению, часто отличаются более высоким уровнем психологического благополучия. Такой выбор позволяет им вести более разнообразную и насыщенную жизнь, уделяя внимание разным видам деятельности и интересам [6].

В свою очередь, у значительной части участников наблюдается средний уровень благополучия. Из 40 опрошенных 28 человек (70%) продемонстрировали средние показатели по шкале психологического благополучия. Это указывает на то, что они не испытывают явных проблем с психическим здоровьем, но и не отличаются особой стабильностью и уверенностью в себе.

Такой средний уровень психологического благополучия может говорить о том, что подростки находятся в периоде перехода и адаптации к новому этапу жизни, характеризующемуся усилением учебных нагрузок, формированием новых социальных связей и поиском своего места в обществе. В этот период у них могут возникать трудности с самооценкой, эмоциональной регуляцией и межличностными отношениями.

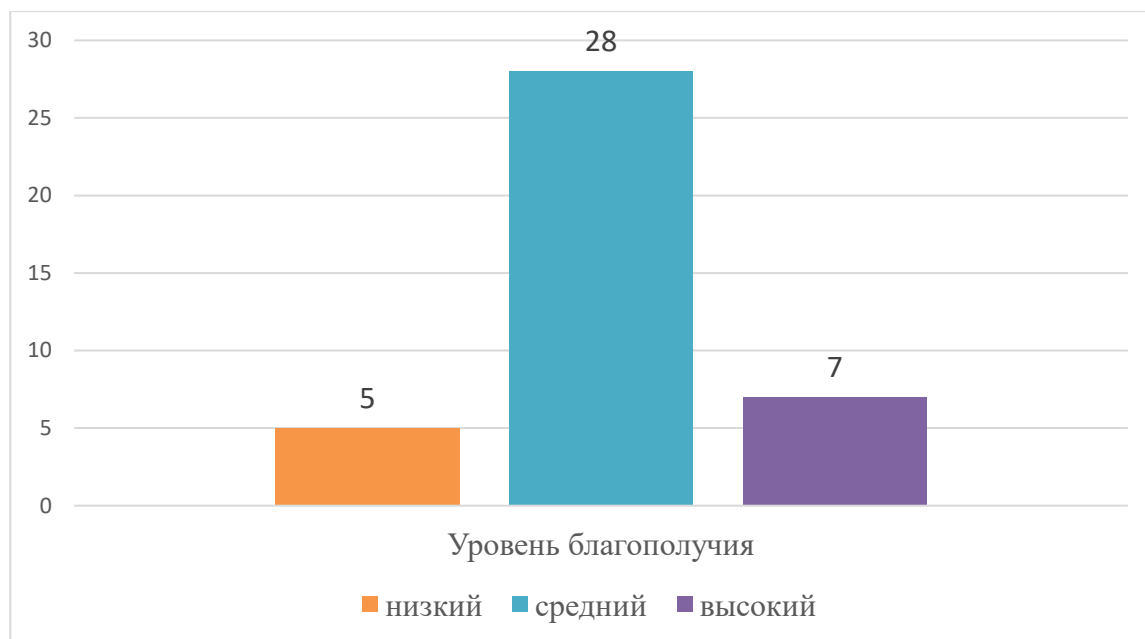


Рис. 3 – Результаты по методике «Шкала психологического благополучия (К. Рифф)»

В свою очередь, у значительной части участников наблюдается средний уровень благополучия. Из 40 опрошенных 28 человек (70%) продемонстрировали средние показатели по шкале психологического благополучия. Это указывает на то, что они не испытывают явных проблем с психическим здоровьем, но и не отличаются особой стабильностью и уверенностью в себе.

Такой средний уровень психологического благополучия может говорить о том, что подростки находятся в периоде перехода и адаптации к новому этапу жизни, характеризующемуся усилением учебных нагрузок, формированием новых социальных связей и поиском своего места в обществе. В этот период у них могут возникать трудности с самооценкой, эмоциональной регуляцией и межличностными отношениями.



Чрезмерное использование игр может приводить к развитию зависимости, которая в свою очередь увеличивает уровень стресса и отрицательно влияет на психологическое благополучие [7].

Зависимость от компьютерных игр может приводить к снижению социальной активности и ограничению общения с друзьями и семьей. Это также может отрицательно сказываться на психологическом благополучии.

Подростки, которые не зависят от компьютерных игр и не проводят за ними много времени по собственному решению, часто отличаются более высоким уровнем психологического благополучия. Такой выбор позволяет им вести более разнообразную и насыщенную жизнь, уделяя внимание разным видам деятельности и интересам.

Важно отметить, что средний уровень благополучия не означает отсутствие проблем. Подростки с такими показателями могут испытывать периодические чувства тревоги, страха, неуверенности в себе, что может отрицательно влиять на их учебную деятельность, социальные отношения и общее качество жизни.

Для подростков с средним уровнем психологического благополучия важно предоставлять необходимую поддержку и помощь в формировании здоровых механизмов справлением со стрессом, укреплении самооценки и развитии социальных навыков. Это может быть достигнуто с помощью родителей, педагогов, психологов и других специалистов.

Заключение

Можно сказать, что подростковый возраст – это время поиска себя, самоутверждения и поиска своего места в мире. Именно в этот период у подростков возникает огромная потребность в удовлетворении своих потребностей, в том числе в получении удовольствия, развлечения, развитии навыков и социальном взаимодействии. Компьютерные игры, с их захватывающими сюжетами, яркими визуальными эффектами, динамичным геймплеем и возможностью создавать



виртуальные миры, представляют собой привлекательный способ удовлетворить эти потребности.

Игры дают подросткам возможность отвлечься от рутины и погрузиться в мир фантазии и приключений, где они могут проявить свои творческие способности, развивать когнитивные навыки, такие как стратегическое мышление и реакция, а также улучшать свою координацию. Многопользовательские игры позволяют подросткам взаимодействовать с другими людьми, находить новых друзей и укреплять существующие связи, что особенно важно в этот период жизни.

Кроме того, игры дают возможность добиваться успеха и получать признание от других игроков, что может компенсировать нехватку внимания и признания в реальной жизни. В виртуальном мире подростки могут скрыться от проблем и негативных эмоций, что служит своеобразным механизмом компенсации неудовлетворенных потребностей и желаний.

Конечно, не стоит забывать о возможных негативных последствиях чрезмерного использования игр. Зависимость, увеличение агрессии, снижение социальной активности и проблемы со сном могут стать серьезными проблемами. Однако, здоровое и умеренное использование компьютерных игр может способствовать развитию и социализации подростков, помогая им увереннее чувствовать себя в реальном мире.

Источники и литература / Sources and referens:

1. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии // Сибирская психология сегодня: сборник научн. трудов / под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого. – Кемерово: Кузбассвуиздат, 2019. – Вып. 2. – С. 82-90.
2. Березина, В. А. Интернет-зависимость старшеклассников в контексте исследования личностных качеств / В. А. Березина, А. А. Шаров // Прогнозирование профессионального будущего молодежи в условиях цифровой



экономики: материалы Всероссийской научно-практической конференции, Первоуральск, 12 марта 2020 г. - Екатеринбург: Издательство РГППУ, 2020. - С. 241-247.

3. Галиев, Р. Р. Обзор исследований жизнестойкости личности / Р. Р. Галиев // Общество: социология, психология, педагогика. – 2022. – № 1(93). – С. 129-133. – DOI 10.24158/spp.2022.1.16. – EDN XZWVRC.

4. Мухидова Г.Х. Патологические и психологические особенности компьютерной-зависимости у подростков // Scientific progress. 2022. №4.

5. Лебедева Екатерина Владимировна, Горфинкель Виталий Аркадьевич Взаимосвязь копинг-стратегий и компьютерной зависимости старшеклассников // Педагогическое образование в России. 2022. №6.

6. Трофимова, В. С. Взаимосвязь способности к преодолению смысло-жизненных кризисов и качества жизнестойкости / В. С. Трофимова // Collegium Linguisticum-2024 : Тезисы докладов Ежегодной конференции Студенческого научного общества МГЛУ, Москва, 05–07 марта 2024 года. – Москва: Московский государственный лингвистический университет, 2024. – С. 191-192. – EDN LEZXJM.

7. Шахов, Л. М. Положительное и негативное влияние интернета на социализацию молодежи / Л. М. Шахов // Социально-экономические и демографические аспекты реализации национальных проектов в регионе : сборник статей X Уральского демографического форума : в 2-х т. Том II. - Екатеринбург : Институт экономики УрО РАН, 2019. - С. 429-435.



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 19.05.2025 Формат 60х84 1/16.

Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 33,71

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